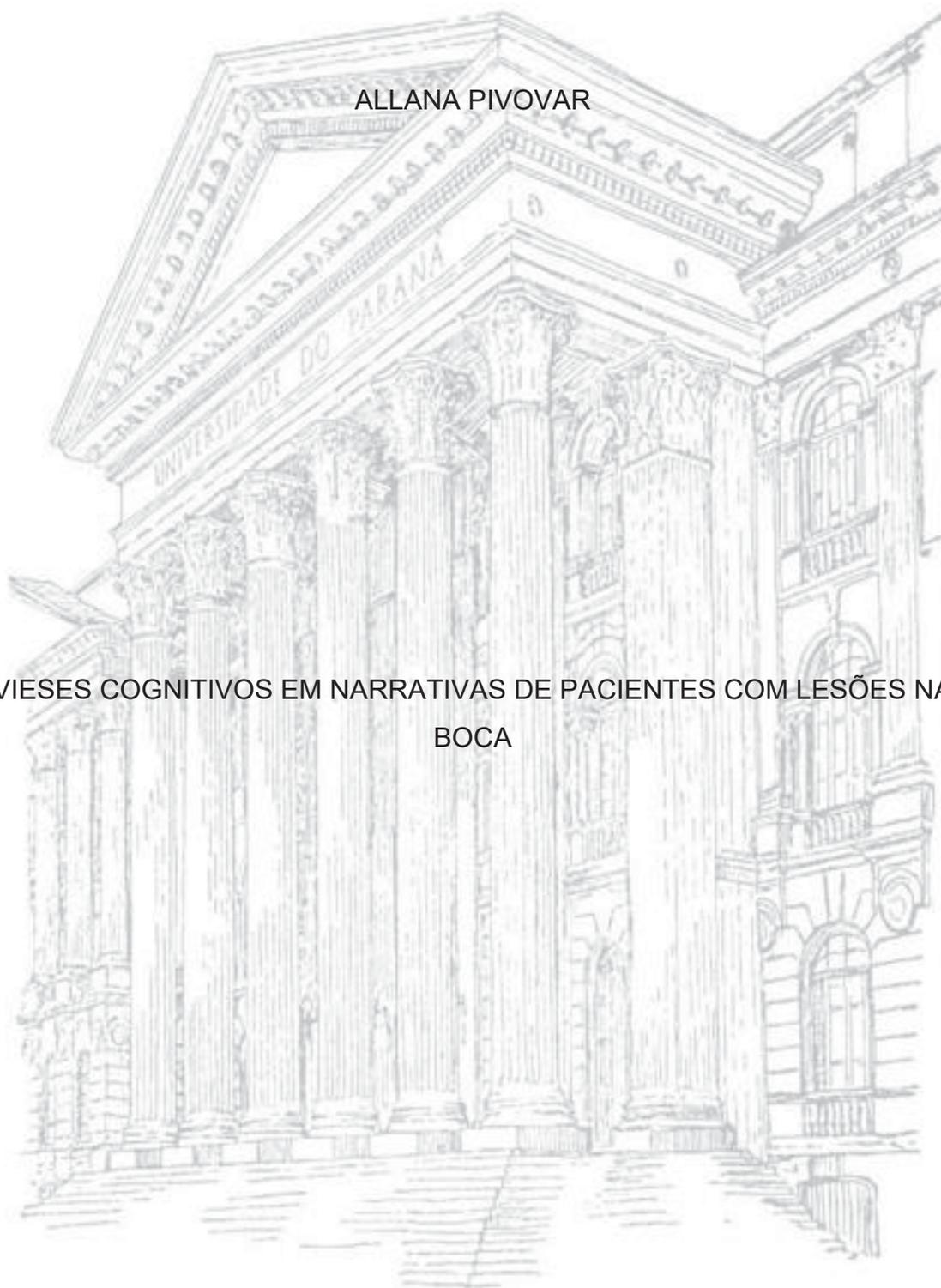


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALLANA PIVOVAR

VIESES COGNITIVOS EM NARRATIVAS DE PACIENTES COM LESÕES NA
BOCA



CURITIBA

2023

ALLANA PIVOVAR

VIESES COGNITIVOS EM NARRATIVAS DE PACIENTES COM LESÕES NA
BOCA

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Odontologia. Departamento de Estomatologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Doutorado em Odontologia.

Orientador: Cassius Carvalho Torres-Pereira.

Coorientador: Elder Semprebon.

CURITIBA

2023

Pivovar, Allana

Vieses cognitivos em narrativas de pacientes com lesões na boca [recurso eletrônico] / Allana Pivovar – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Cassius Carvalho Torres-Pereira

Coorientador: Prof. Dr. Elder Semprebon

1. Doenças da boca. 2. Comportamento. 3. Viés. 4. Acesso aos serviços de saúde.
5. Comportamento de busca de ajuda. 6. Economia comportamental. 7. Pesquisa
qualitativa. I. Torres-Pereira, Cassius Carvalho. II. Semprebon, Elder.
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 617.632



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -
40001016065P8

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ALLANA PIVOVAR** intitulada: **VIESES COGNITIVOS EM NARRATIVAS DE PACIENTES COM LESÕES NA BOCA**, sob orientação do Prof. Dr. CASSIUS CARVALHO TORRES PEREIRA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 01 de Novembro de 2023.

Assinatura Eletrônica

10/11/2023 10:48:48.0

CASSIUS CARVALHO TORRES PEREIRA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

14/11/2023 11:34:18.0

BÁRBARA GALLELI DIAS

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

07/11/2023 12:25:12.0

PRISCILA BRENNER HILGENBERG SYDNEY

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

14/11/2023 11:41:23.0

WILLIAM AUGUSTO GOMES DE OLIVEIRA BELLANI

Avaliador Externo (FACULDADE PEQUENO PRINCIPE)

Assinatura Eletrônica

07/11/2023 13:55:28.0

ANTONIO ADILSON SOARES DE LIMA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4134 - E-mail: posodonto@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 326489

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 326489

RESUMO

Vieses cognitivos (VC) podem influenciar comportamentos relacionados à saúde. Este estudo teve como objetivo investigar como os VC se manifestam na decisão do paciente de buscar atendimento profissional ao apresentar lesões orais. Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com participantes recrutados de maneira conveniente na Universidade Federal do Paraná, Brasil. As entrevistas seguiram um protocolo específico para relatar experiências com doenças, a Entrevista de Narrativa de Doença de McGill, e foram registradas em vídeo, posteriormente transcritas. Os dados coletados foram analisados utilizando análise de conteúdo e o software ATLAS.ti. Mais da metade da amostra apresentou pelo menos um dos cinco VC identificados: viés do status quo, viés da confirmação, efeito avestruz, viés do otimismo e viés do presente. Esses VC afetaram ambos os sexos, porém estavam mais relacionados a pacientes mais velhos, acima de 45 anos, de pele branca e com baixa escolaridade. Lesões normocrômicas, aumentos de volume nos lábios, no palato e na gengiva estiveram mais associados aos VC. A maioria dos pacientes adiou a procura por assistência médica devido à crença de que suas lesões eram simples e poderiam se resolver espontaneamente. A ausência de dor ou incômodo também contribuiu para essa espera. Alguns pacientes relataram ter utilizado tratamentos prévios, principalmente recorrendo a medicações tópicas ou remédios caseiros. Outras barreiras incluíram desafios financeiros, falta de tempo, priorização de outras responsabilidades, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e nos deslocamentos até os centros de referência, além do medo. A pandemia de COVID-19 desempenhou um papel significativo, assim como o uso de máscaras ou outros artefatos para disfarçar o desconforto causado por algumas lesões. Este estudo destaca a importância de considerar esses VC ao desenvolver intervenções que promovam a saúde bucal. Compreender como esses VC afetam o comportamento das pessoas pode direcionar esforços de forma mais eficaz para promover a busca precoce por assistência em saúde em casos de doenças bucais.

Palavras-chave: Comportamento; Doenças da Boca; Viés; Acesso aos Serviços de Saúde; Comportamento de Busca de Ajuda; Pesquisa Qualitativa; Economia comportamental.

ABSTRACT

Cognitive biases (CB) can influence health-related behaviors. This study aimed to investigate how cognitive biases manifest in a patient's decision to seek professional care when presenting oral lesions. Semi-structured interviews were conducted with participants conveniently recruited at the Federal University of Paraná, Brazil. The interviews followed a specific protocol for reporting experiences with diseases, the McGill Illness Narrative Interview, and were recorded on video, subsequently transcribed. The collected data were analyzed using content analysis and the ATLAS.ti software. More than half of the sample exhibited at least one of the five identified cognitive biases: status quo bias, confirmation bias, ostrich effect, optimism bias, and present bias. These biases affected both genders but were more related to older patients, above 45 years, with white skin color and low education levels. Normochromic lesions, volume increases in the lips, palate, and gums were more associated with cognitive biases. The majority of patients delayed seeking medical assistance due to the belief that their lesions were simple and could resolve spontaneously. The absence of pain or discomfort also contributed to this delay. Some patients reported using previous treatments, mostly resorting to topical medications or home remedies. Other barriers included financial challenges, lack of time, prioritization of other responsibilities, difficulties in accessing healthcare services and commuting to reference centers, as well as fear. The COVID-19 pandemic played a significant role, as did the use of masks or other artifacts to disguise discomfort caused by certain lesions. This study emphasizes the importance of considering these cognitive biases when developing interventions to promote oral health. Understanding how these cognitive biases affect people's behavior can more effectively guide efforts to promote early seeking of health assistance in cases of oral diseases.

Keywords: Behavior; Mouth Diseases; Bias; Health Services Accessibility; Help-Seeking Behavior; Qualitative Research; Behavioral Economics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.2 TEORIAS DO COMPORTAMENTO	9
1.2 TEORIA DA ECONOMIA COMPORTAMENTAL	10
1.3 VIESES COGNITIVOS E SAÚDE	12
1.4 ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES ORAIS	13
2 OBJETIVO:	15
3 CAPÍTULO:	16
3.1 INTRODUÇÃO	17
3.2 MATERIAIS E MÉTODOS	18
3.2.1 Participantes	18
3.2.2 Coleta de dados	19
3.2.3 Análise dos dados	20
3.3 RESULTADOS	23
3.3.1 Códigos indutivos	25
3.3.2 Códigos dedutivos	28
3.3.2.1 Viés do status quo	29
3.3.2.2 Viés da confirmação	32
3.3.2.3 Viés do avestruz	35
3.3.2.4 Viés do otimismo irrealista	35
3.3.2.5 Viés do presente	36
3.4 DISCUSSÃO	38
3.4.1 Debiasing	45
3.4.2 Limitações	46
3.5 CONCLUSÃO	49
3.6 AGRADECIMENTOS	49
3.7 DECLARAÇÃO DE INTERESSES	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE 1 - TABELA COMPLETA DE COCORRÊNCIA	60
APÊNDICE 2 - FERRAMENTA DE COLETA DE DADOS – MCGIL MINI	63
ANEXO 1 - NORMAS PARA A SUBMISSÃO NA REVISTA <i>PSYCHOLOGY & HEALTH</i>	66

1 INTRODUÇÃO

A cavidade oral é responsável por vários aspectos da qualidade de vida da humanidade: alimentação, comunicação e socialização. Lesões orais podem afetar a mucosa oral e todos os demais tecidos que a compõem (Zahid et al., 2022). A prevalência destas lesões varia de acordo com condições sistêmicas e ambientais de cada população. Fatores como cultura, gênero, idade, etnia e hábitos podem ter uma influência significativa na prevalência de lesões orais (Fattori et al., 2019). Fatores socioeconômicos, como renda, nível de educação e acesso aos cuidados de saúde, também podem desempenhar um papel significativo nos resultados de saúde bucal (Conway et al., 2008). O reconhecimento precoce das lesões bucais, sua etiologia e aspectos epidemiológicos são importantes para o diagnóstico clínico, considerando que poderiam potencialmente reduzir as chances de evolução (da Cunha Lima et al., 2021; Kovacs et al., 2007; Kumari et al., 2022).

O comportamento de busca de saúde refere-se a todas as atividades realizadas por indivíduos que reconhecem ter um problema de saúde, com o objetivo de avaliar seu estado atual e eventualmente encontrar um tratamento adequado (Scott et al., 2007; Scott et al., 2013). Isso engloba vários aspectos, como o período decorrido entre o início dos sinais e sintomas e o primeiro contato com um profissional de saúde, o tipo específico de profissional procurado, a adesão do paciente ao tratamento prescrito, além das razões para não buscar qualquer ajuda. A sequência de ações realizadas é conhecida como "caminho de busca por cuidados," e essa trajetória é influenciada por múltiplos fatores (Rath et al., 2018).

O "intervalo de avaliação" ou "*appraisal interval*" é definido como o tempo decorrido desde a percepção de uma alteração corporal até a decisão de discutir os sinais e sintomas com um profissional de saúde. Em conjunto com o "intervalo de busca de ajuda" ou "*help-seeking interval*," ele compõe o "intervalo do paciente" ou "*patient interval*," também conhecido como "tempo para apresentação": o período desde a detecção de uma mudança corporal percebida até o momento em que o paciente busca pela primeira vez a assistência de um profissional de saúde (Scott et al., 2013). Ainda não está claro o quanto e o porquê uma pessoa decide que um sinal ou sintoma é relevante o suficiente para justificar a busca de um profissional. A interpretação dos sinais e sintomas pelo paciente desempenha um papel fundamental nesse processo, sendo que as crenças sobre eles geralmente são preditores mais

confiáveis do comportamento de busca de ajuda do que o tipo de sinal ou sintoma ou fatores sociodemográficos (Epstein et al., 2012).

1.2 TEORIAS DO COMPORTAMENTO

Teorias psicológicas do comportamento em saúde explicam os fatores que influenciam o "intervalo do paciente". A maioria das pesquisas sobre busca de ajuda tem se baseado em três modelos teóricos: o Modelo de Senso Comum de Autorregulação de Doenças (Hagger & Orbell, 2021), a Teoria Social Cognitiva (Jones et al., 2016) e a Teoria da Gestão da Incerteza (Scott et al., 2013).

O Modelo de Senso Comum de Autorregulação de Doenças observa que quando as mudanças corporais são inesperadas ou ultrapassam um limiar de interferência, ocorre uma comparação psicofisiológica. Isso envolve a comparação do episódio atual com memórias de episódios de sinais e sintomas anteriores, experiências de outras pessoas e esquemas de doença. As heurísticas cognitivas desempenham um papel crucial nesse processo, fornecendo uma explicação ou representação do sintoma. Essa explicação, juntamente com a resposta emocional associada, é então usada para planejar estratégias de enfrentamento, incluindo a decisão de buscar ou não a ajuda de um profissional de saúde (Scott et al., 2013).

A Teoria Social Cognitiva (TSC) sugere que o comportamento relacionado a sintomas e sinais de doença é determinado por fatores como autoeficácia, que significa a capacidade percebida de discutir os sinais e sintomas e buscar ajuda, obstáculos socioestruturais, como barreiras pessoais ou aspectos do sistema de saúde, expectativas de resultados e prioridades concorrentes (Hagger & Orbell, 2021; Jones et al., 2016).

Por fim, a Teoria da Gestão da Incerteza (TGI) (Brashers et al., 2002) sugere que o comportamento de buscar ou evitar informações relacionadas a problemas de saúde está intimamente ligado à percepção do indivíduo de incerteza, que é definida pela discrepância percebida entre o nível de incerteza atual e o desejado. Em um cenário de incerteza, buscar informações pode aliviar a angústia associada a essa incerteza. No entanto, a incerteza não é necessariamente um estado emocional negativo e desconfortável, pois pode ser desejável em certas situações, quando permite esperança e otimismo. Se, durante a avaliação dos riscos, os indivíduos perceberem que obter mais informações pode causar desconforto e aumentar as

discrepâncias cognitivas desafiadoras de manejar, pode ser útil distanciar-se de mensagens indesejadas e evitar informações intencionalmente (Riet & Ruiters, 2013).

Em conjunto, esses modelos identificam uma ampla gama de fatores individuais e externos associados à busca de ajuda, indicando a generalização de muitas das barreiras e facilitadores desse processo. O avanço neste campo de pesquisa poderia levar à identificação mais precisa daqueles com maior risco de não receber tratamento, ou receber tratamentos em excesso, e à criação de intervenções de prevenção primária e secundária mais eficazes para os diferentes tipos de doenças (Trusty et al., 2021).

1.2 TEORIA DA ECONOMIA COMPORTAMENTAL

Nas últimas décadas, conceitos da teoria da economia comportamental têm sido aplicados ao contexto da busca por assistência médica, visando explicar decisões subótimas tomadas por indivíduos em relação à sua saúde. (Mogler et al., 2013) O principal conceito que sustenta a teoria da economia comportamental é o da racionalidade limitada, que postula que os indivíduos nem sempre agem de maneira totalmente racional no processo de tomada de decisão. Tversky e Kahneman (1974) explicam que os seres humanos usam heurísticas para simplificar tarefas complexas e processos decisórios. Com o objetivo de economizar energia e otimizar o tempo, o cérebro humano opera com dois sistemas: o sistema um e o sistema dois. O sistema dois é consciente, deliberativo e lento, enquanto o sistema um é rápido, intuitivo e automático. O sistema um recorre a atalhos mentais, conhecidos como heurísticas, que, na maioria das vezes, são eficazes em muitas decisões cotidianas. Três heurísticas abrangentes fundamentam julgamentos intuitivos sob incerteza: representatividade, disponibilidade, adequação e ancoragem (Tversky & Kahneman, 1974).

Na heurística de representatividade, avaliam-se as probabilidades em que um elemento A é representativo de outro elemento B, muitas vezes baseando-se em estereótipos para embasar decisões cotidianas. A heurística de disponibilidade é usada para avaliar frequências ou probabilidades, uma vez que exemplos de situações e eventos mais facilmente recordados tendem a influenciar o julgamento. Por sua vez, a heurística de ajuste e ancoragem envolve o uso de uma referência para produzir uma estimativa, o que pode afetar o resultado. Esses atalhos mentais aliviam

a carga cognitiva na tomada de decisão, mas também podem aumentar a probabilidade de erro. Embora as heurísticas sejam valiosas para a resolução de problemas cotidianos, em situações de complexidade e incerteza, elas podem levar a erros sistemáticos no julgamento. Tais erros previsíveis são denominados vieses cognitivos e são observados em diversas áreas, como análise de inteligência, política, direito, saúde, educação, negócios e vida pessoal (Morewedge & Glibin, 2015). Portanto, os vieses cognitivos não são considerados uma teoria psicológica do comportamento em si, mas sim padrões sistemáticos de distorções no processamento de informações e tomada de decisões que podem influenciar o comportamento humano.

Os estudos relacionados aos vieses cognitivos partem das ideias seminais de Herbert Simon (1979), na esfera teórica e de Daniel Kahneman e Amos Tversky (1974), na esfera empírica, com aprimoramentos e novas informações sobre o comportamento humano em diversas situações da vida cotidiana, o que faz com que sejam aumentadas as possibilidades de novas heurísticas e vieses (Warpechowski, 2018). Arnott (2006) realizou a primeira revisão teórica com o objetivo de classificar os vieses descritos até aquele momento. Essa revisão foi desenvolvida no campo específico da ciência da computação, com o propósito de identificar todos os erros normativos cometidos por seres humanos em comparação com máquinas. Este autor identificou e agrupou 37 vieses em seis categorias distintas: vieses de memória, vieses estatísticos, vieses de confiança, vieses de ajuste, vieses de apresentação e vieses de situação. Os vieses cognitivos de memória estão relacionados ao armazenamento e recuperação de informações. Os vieses estatísticos dizem respeito à tendência geral dos seres humanos de processar informações de maneira contrária aos princípios normativos da teoria da probabilidade. Os vieses de confiança agem para aumentar a autoconfiança de uma pessoa em sua capacidade como tomadora de decisões. Os vieses de apresentação influenciam a forma como as informações são percebidas e processadas. Por fim, os vieses de situação estão relacionados a como uma pessoa responde em uma situação de tomada de decisão em geral, representando o nível mais abstrato de vieses.

Entretanto, existem críticas sobre esta classificação, já que um mesmo viés pode ser classificado em categorias diferentes, ou até em mais de uma categoria (Ceschi et al., 2019). Além disso, várias outras classificações foram propostas, e a heterogeneidade dessas classificações é uma dificuldade que prejudica a

padronização na pesquisa. A classificação mais recente, proposta por Ceschi et al. (2019), sugere um modelo composto por três dimensões: Lacunas no *Mindware*, Vieses de Valoração, incluindo Ilusões Positivas e o Efeito de Negatividade e Ancoragem e Ajuste Insuficiente. As Lacunas no *Mindware* representam os processos comuns de avaliação que as pessoas realizam ao tentar compreender os eventos diários em suas vidas. Esses processos são uma maneira de criar uma imagem mais simples e compreensível do mundo, mesmo que essa imagem nem sempre seja precisa. Na categoria dos Vieses de Valoração, incluem-se vieses baseados em julgamentos afetivos em relação a resultados negativos, o Efeito de Negatividade, e vieses caracterizados pelo otimismo irrealista, as Ilusões Positivas. Também são considerados os vieses de custo e perda, que envolvem a percepção de que é mais eficiente gerenciar custos, dar alta importância aos custos incorridos e evitar desperdício de recursos. Ancoragem e ajuste insuficiente referem-se à tendência das pessoas de serem influenciadas por um ponto de referência ao tomar decisões. Isso significa que as pessoas muitas vezes dependem muito da informação inicial que recebem, mesmo que seja irrelevante ou arbitrária, e não fazem ajustes suficientes com base em informações ou evidências adicionais.

Em resumo, os vieses cognitivos são padrões sistemáticos de distorções no processamento de informações e tomada de decisões que podem influenciar o comportamento humano. Eles são resultado de atalhos mentais ou heurísticas que nosso cérebro utiliza para simplificar o processamento de informações complexas. Esses vieses podem levar as pessoas a cometerem erros previsíveis em seu pensamento e julgamento.

1.3 VIESES COGNITIVOS E SAÚDE

Os estudos de vieses cognitivos em temas relacionados à saúde vêm despertando interesse crescente na literatura científica contemporânea. Estudos investigam a hesitação em relação às aplicações de vacinas entre pais, destacando a importância de considerar vieses cognitivos em estratégias de comunicação nas campanhas de vacinação (Casigliani et al., 2022). Podem influenciar a transparência na comunicação dos pacientes que utilizam suplementos alimentares, mas não informam seus médicos (Harris et al., 2022) ou na aderência a tratamentos medicamentosos (Kriegbaum & Lau, 2018). Kummer et al. (2019) exploraram a

influência das heurísticas cognitivas na avaliação dos sinais e sintomas e na decisão de buscar ajuda em pacientes com diferentes tipos de câncer. Belizan et al. (2020) exploraram como os vieses cognitivos podem ser barreiras no acesso e cuidado de pacientes com diabetes e hipertensão na atenção básica de saúde na Argentina. Essas investigações destacam a importância de considerar os vieses cognitivos ao desenvolver estratégias de comunicação, campanhas de saúde e intervenções clínicas. Compreender como esses padrões sistemáticos de distorções no processamento de informações afetam as escolhas dos indivíduos é fundamental para promover decisões mais informadas e aprimorar o cuidado em saúde.

No contexto específico de lesões orais, apenas um estudo de Baumann et al. (2019) relacionou vieses cognitivos e comportamento em saúde, e neste caso, com neoplasias malignas na boca. O estudo teve como objetivo identificar estratégias de comunicação adequadas para uma campanha de prevenção do câncer bucal no norte da Alemanha. Em uma amostra de pessoas em risco, pessoas acometidas por câncer bucal e seus familiares, predominaram baixos níveis de proatividade na busca de informações e barreiras para lidar com o tema. Os autores discutem a importância de levar em consideração as barreiras cognitivas dos grupos-alvo na prevenção da doença.

1.4 ATRASO NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES ORAIS

O câncer bucal possui uma alta taxa de mortalidade em cinco anos, próxima a 50%. Infelizmente, essa taxa de mortalidade não diminuiu substancialmente ao longo dos últimos 40 anos, principalmente devido ao diagnóstico de cânceres bucais em estágios avançados (estágios III e IV), que requerem tratamentos complexos, desfigurantes e frequentemente ineficazes (Kumari et al., 2022; Warnakulasuriya & Kerr, 2021). Melhorar o prognóstico desta doença depende, também, da redução dos atrasos no diagnóstico. Esses atrasos são multifacetados e envolvem diversos fatores, incluindo pacientes, profissionais e serviços de saúde (González-Moles et al., 2022). Uma revisão sistemática que abordou os motivos para diagnóstico tardio do câncer oral, principalmente em idosos, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, indicou que dentre as causas de atraso relacionadas ao paciente presente em todos os estudos estavam: a falta de conhecimento sobre o câncer bucal, seus fatores de risco e os sinais e sintomas da doença (da Cunha Lima et al., 2021).

Esses aspectos decorrem da dificuldade de visualização e identificação de lesões iniciais, da negligência em relação aos sinais e sintomas iniciais devido à ausência de dor e à falta de comprometimento da função, levando os participantes a considerarem os sinais ou sintomas como normais e secundários. Além disso, a esperança de cura espontânea, a automedicação, o medo do diagnóstico e a forma de lidar com a doença, restrições financeiras e dificuldades de acesso a profissionais especializados também foram relatados como causas (da Cunha Lima et al., 2021). Portanto, está bem estabelecido que o comportamento é um fator de risco na carcinogênese oral, como demonstrado em uma meta-análise anterior que identificou os determinantes sociais como um fator de risco independente para o câncer oral (Conway et al., 2008). Entretanto, em um estudo de análise de redes sobre as publicações científicas relacionadas à prevenção de câncer bucal, notou-se uma lacuna importante de pesquisas nesta área do comportamento do paciente (Pivovar et al., 2022).

Destaca-se que lesões iniciais de câncer bucal, ou ainda lesões potencialmente malignas, costumam ser indolores e muito se assemelham a outras alterações bucais (Kumari et al., 2022; Warnakulasuriya & Kerr, 2021; Zahid et al., 2022). O tempo prolongado entre o reconhecimento de um problema de saúde e o comparecimento em um serviço da área pode, por exemplo, atrasar o diagnóstico e, conseqüentemente, piorar o prognóstico em casos de doenças de boca malignas ou benignas de comportamento agressivo (Kumari et al., 2022; Zahid et al., 2022). É recomendado que qualquer lesão que não apresente melhora após 3 semanas seja avaliada por um especialista (Zahid et al., 2022). Porém, vieses cognitivos podem estar subjacentes à interpretação dos sinais e sintomas e, mais importante, à interpretação errônea dos deles.

2 OBJETIVO:

O objetivo deste estudo é investigar como os vieses cognitivos se manifestam no tempo do paciente com lesões orais.

3 CAPÍTULO

VIESES COGNITIVOS EM NARRATIVAS DE PACIENTES COM LESÕES NA BOCA

Allana Pivovar*¹, Elder Semprebon², Nicole Nichele Perdoncini³, Cassius Carvalho Torres-Pereira⁴.

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba - Paraná - Brasil. E-mail: lana.pivovar@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2164-7279>

²Escola de Negócios, Universidade Federal do Paraná, Curitiba - Paraná - Brasil. E-mail: elder.semperbon@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9201-3751>

³Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba - Paraná - Brasil. E-mail: nicole.perdoncini@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4580-5649>

⁴Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Paraná, Curitiba - Paraná - Brasil. E-mail: cassius.torres@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8049-7544>

Contagem de palavras: 1042

Número de referências: 78

3.1 INTRODUÇÃO

O comportamento de busca de saúde abrange todas as ações realizadas por indivíduos que reconhecem possuir um problema de saúde, com o objetivo de avaliar seu estado de saúde e, eventualmente, encontrar um tratamento apropriado (Scott et al., 2013; Scott et al., 2007). Este processo engloba vários elementos, como o período entre o início dos sinais e sintomas e o primeiro contato com um profissional de saúde, o tipo específico de profissional procurado, a adesão do paciente ao tratamento prescrito, os fatores que influenciam a escolha do profissional e as razões para não buscar ajuda. A sequência de ações realizadas é conhecida como "caminho de busca por cuidados", sendo influenciada por múltiplos fatores (Rath et al., 2018).

O intervalo de avaliação ou *appraisal interval* é o período decorrido desde a percepção de uma alteração no corpo até a decisão de discutir os sinais e sintomas com um profissional de saúde. Juntamente com o intervalo de busca de ajuda, ou "*help-seeking interval*", ele compõe o intervalo do paciente, também conhecido como tempo para apresentação (Scott et al., 2013). Até o momento, não está completamente claro o que leva um indivíduo a decidir que um sintoma é suficientemente relevante para justificar a busca de ajuda de um profissional de saúde. A interpretação dos sinais e sintomas pelo paciente desempenha um papel fundamental nesse processo, uma vez que as crenças em relação aos sinais e sintomas frequentemente são preditores mais confiáveis do comportamento de busca de ajuda do que o tipo de sintoma ou fatores sociodemográficos (Epstein et al., 2012).

Nas últimas décadas, a teoria da economia comportamental tem sido aplicada ao contexto da busca por assistência médica para explicar as decisões subótimas tomadas pelos indivíduos em relação à sua saúde. O conceito-chave subjacente a essa teoria é o da racionalidade limitada, que postula que os indivíduos nem sempre agem de maneira totalmente racional no processo de tomada de decisão (Mogler et al., 2013). Tversky e Kahneman (1974) explicam que os seres humanos usam heurísticas para simplificar tarefas complexas e processos decisórios. Esses atalhos mentais aliviam a carga cognitiva na tomada de decisão, mas também podem aumentar a probabilidade de erro. Embora as heurísticas sejam valiosas para a resolução de problemas cotidianos, em situações de complexidade e incerteza, elas podem levar a erros sistemáticos no julgamento. Tais erros previsíveis são denominados vieses cognitivos e são observados em diversas áreas, como análise

de inteligência, política, direito, saúde, educação, negócios e vida pessoal (Morewedge & Giblin, 2015).

Estudos sobre vieses cognitivos em saúde têm despertado um interesse crescente na literatura científica recente. Esses estudos investigam como os vieses cognitivos podem influenciar a hesitação em relação à aplicação de vacinas entre os pais, a transparência na comunicação de pacientes que utilizam suplementos alimentares, a aderência a tratamentos medicamentosos e a avaliação dos sinais e sintomas e a decisão de buscar ajuda em pacientes com diferentes tipos de câncer, entre outros (Casigliani et al., 2022; Harris et al., 2022; Kummer et al., 2019). Essas investigações destacam a importância de considerar os vieses cognitivos ao desenvolver estratégias de comunicação, campanhas de saúde e intervenções clínicas. Compreender como esses padrões sistemáticos de distorções no processamento de informações afetam as escolhas dos indivíduos é fundamental para promover decisões mais informadas e aprimorar o cuidado em saúde.

É importante destacar que as lesões iniciais de câncer bucal, bem como lesões potencialmente malignas, muitas vezes são indolores e podem ser facilmente confundidas com outras alterações bucais (Kumari et al., 2022; Warnakulasuriya & Kerr, 2021; Zahid et al., 2022). O atraso entre o reconhecimento de um problema de saúde e a busca por atendimento pode resultar em diagnósticos tardios, afetando negativamente o prognóstico em casos de doenças bucais malignas ou benignas com comportamento agressivo (Kumari et al., 2022; Zahid et al., 2022). Recomenda-se que qualquer lesão que não melhore após três semanas seja avaliada por um especialista (Zahid et al., 2022). No entanto, vieses cognitivos podem influenciar a interpretação dos sinais e sintomas e, o que é ainda mais importante, podem levar a interpretações errôneas deles. Portanto, o objetivo deste estudo é identificar quais vieses cognitivos podem influenciar o “tempo do paciente” com lesões bucais.

3.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 55528522.4.0000.0102).

3.2.1 Participantes

Os participantes foram recrutados em uma amostra de conveniência no ambulatório de estomatologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba-PR. Este recebe encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Curitiba e região metropolitana por meio de um sistema digital de encaminhamento/contrarreferência chamado e-Saúde. Também há encaminhamentos de clínicas privadas, de outras disciplinas da UFPR e, em menor número, de demanda espontânea. Foram convidados a participar do estudo os participantes com 18 anos ou mais e que apresentavam uma lesão oral. Participantes que não eram capazes de relatar suas narrativas foram excluídos: pessoas com deficiências mentais ou participantes que não tinham consciência de problemas em sua boca, ou seja, indivíduos encaminhados pelo profissional de saúde, mas que não sentiram ou viram algo diferente em sua boca.

3.2.2 Coleta de dados

Os participantes foram convidados a participar na sala de espera e, após aceitarem, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois disso, foram encaminhados para um lugar mais reservado na clínica, para que se sentissem confortáveis para serem entrevistados e filmados. Assim que a gravação começava, um dos pesquisadores conduzia uma entrevista presencial e semiestruturada utilizando uma ferramenta específica para narrativas de doença, a Entrevista de Narrativa de Doença de McGill - MINI (Leal et al., 2016) modificada, utilizada para relatar experiências de mal-estar, sintomas e doenças (Apêndice 1). Esta ferramenta é a versão traduzida e validada para o português por Leal et al. (2016) do modelo *McGill Illness Narrative Interview* – MINI, testado para problemas psiquiátricos e os relacionados ao câncer. Algumas modificações foram realizadas no questionário para adequar as perguntas para o contexto das doenças de boca, bem como a inclusão de perguntas específicas sobre câncer oral. As entrevistas foram realizadas com uma câmera de *smartphone* (modelo iPhone XS, versão iOS 14.0.1 ou posterior) com as configurações de gravação na melhor função, em 4K a 30 fps. O *smartphone* foi estabilizado por um tripé na frente do paciente, com distância, enquadramento e foco ajustados em direção a face e tronco superior do paciente. Foi utilizado um microfone de lapela auxiliar para melhor captura de som. Os vídeos foram transcritos no idioma original, português, utilizando programa

específico (Premiere Pro - Adobe). Em seguida, um pesquisador (NP) revisou o texto transcrito pelo computador. Informações faltantes foram adquiridas posteriormente em consulta aos prontuários.

3.2.3 Análise dos dados

A metodologia de análise utilizada foi a de Análise de Conteúdo Qualitativa. Bardin (2010) descreve a análise de conteúdo como uma técnica usada na análise qualitativa e envolve três etapas fundamentais: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, o pesquisador organiza o material que será analisado, criando um conjunto de informações a serem usadas na pesquisa. Ao mesmo tempo, ele começa a desenvolver ideias preliminares (Bardin, 2010; Soratto et al., 2020). Uma limitação na pesquisa de vieses cognitivos é a falta de uma padronização ou categorização dos vieses. Portanto, foi realizada uma revisão de literatura para identificar os vieses cognitivos mais comuns identificados no campo do comportamento de tomada de decisões em saúde e estabelecer um livro de códigos com definições claras e referenciadas (Quadro 1). Os vieses cognitivos foram utilizados como categorias de análise dedutiva nos documentos analisados.

QUADRO 1 – LIVRO DE CÓDIGOS DEDUTIVOS

VIÉS COGNITIVO	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA
Comportamento de rebanho	Ocorre quando as pessoas consideram um determinado comportamento bom ou ruim com base no comportamento de outras pessoas e imitam seus comportamentos observados.	RAAFAT, 2009
Ilusão de controle	Percepção de controle sobre os resultados em situações aleatórias.	LANGER, 1975
Efeito Avestruz	Evitar expor-se a informações que possam causar desconforto psicológico.	KARLSSON, 2009
Otimismo irreal	É a tendência de as pessoas acreditarem que são menos propensas a experimentar	WEINSTEIN, 1980

	eventos negativos quando comparadas a outras pessoas.	
Viés da confirmação	É a tendência de se lembrar, interpretar ou pesquisar por informações de maneira a confirmar crenças ou hipóteses iniciais.	NICKERSON, 1998
Viés da superconfiança	Supervalorização de um indivíduo de suas próprias habilidades, conhecimento ou julgamento.	HILBERT, 2012
Viés do presente	É a tendência não linear e inconstante de preferir um resultado menor mais cedo ao invés de um resultado futuro maior.	LARRICK, 2008
Viés do <i>status quo</i>	Preferência por não fazer nada ou manter uma decisão atual ou anterior.	SAMUELSON, 1988

A fase dois é focada na análise detalhada do conjunto completo de materiais coletados, orientada pelas hipóteses e teorias de referência. Aqui, a codificação, classificação e categorização dos dados são elementos importantes (Bardin, 2010). Além dos códigos dedutivos, vieses cognitivos, foram codificados dados demográficos dos participantes (cor da pele, sexo, escolaridade e idade), características da lesão (lesão fundamental, cor, localização, sintomas e tempo de duração), fatores de risco (tabagismo/alcoolismo), tipo de encaminhamento (serviço público, serviço privado, demanda espontânea) e de tipo de rastreamento (autoexame ou oportunístico). O tipo de rastreamento divide a amostra em dois grupos: os participantes que buscaram o serviço de saúde porque notaram um sinal/sintoma oral, ou seja, por meio de autoexame, e os que buscaram o serviço de saúde por outros motivos, e foram observados quanto às lesões orais que eles já haviam notado anteriormente, ou seja, por meio de rastreamento oportunístico. Lembrando que indivíduos que desconheciam a existência de alterações orais, e que foram encaminhados por profissionais não foram incluídos na amostra. Em relação às características das lesões, a lesão fundamental foi agrupada em quatro grupos: Alterações de cor, que incluiu lesões de placa e atrofia; Aumento de volume, que inclui lesões nodulares, bolhas e abscesso; feridas, que inclui úlceras, e o grupo que não apresentava sinais clínicos, apenas sintomas. Além disso, outros grupos de categorias indutivas foram formados: motivos de espera e motivos de busca de atendimento profissional para sinais e sintomas orais e Sentimentos e emoções.

A terceira fase de análise de conteúdo trata dos resultados, inferências e interpretações. Nessa etapa, os resultados são processados, e os dados codificados são condensados para extrair as informações relevantes para a análise. Isso leva à geração de interpretações baseadas em inferências. É o momento de aplicar intuição, análise reflexiva e crítica (Bardin, 2010). A análise de conteúdo foi realizada com a ajuda do *software* de Análise de Dados Qualitativos Assistida por Computador (CAQDAS) - ATLAS.ti.23. O uso de CAQDAS aumenta a confiabilidade dos dados de várias maneiras. Ele aumenta a transparência do processo de análise de dados, pois registra o histórico das atividades e decisões dos pesquisadores. O uso do *software* facilita a comunicação e a discussão de dados conflitantes entre a equipe de pesquisa. Ele reduz a ocorrência de erros, pois favorece a consistência do padrão usado na análise e interpretação dos dados. Além disso, permite a recuperação rápida e rastreabilidade dos dados (O’Kane et al., 2021; Paulus et al., 2019). Outra vantagem do uso do *software* é a possibilidade de surgimento de dados inesperados (análise indutiva), por meio de análises de ocorrência que não poderiam ser percebidas em análises manuais (Woolf & Silver, 2018). No entanto, o *software* não realiza análise automática de dados. Todos os relacionamentos criados durante o processo de análise são baseados na decisão do pesquisador. Isso demonstra o papel importante do pesquisador em permanecer como um analista crítico em todas as etapas do processo de pesquisa (Soratto et al., 2020).

O processo de codificação foi conduzido pelo pesquisador (AP). Ao final, apenas os códigos relacionados aos vieses cognitivos foram revisados com o uso de inteligência artificial (IA), utilizando o ChatGPT (OpenAI) da seguinte forma: 1) previamente foi fornecido um *prompt* de comando, explicado o objetivo da pesquisa e compartilhado o livro de códigos e definições para o software de inteligência artificial (IA); 2) Foram inseridos os códigos e suas categorias na conversa e solicitado que a IA revisasse se os códigos estavam de acordo com a definição do livro de códigos fornecida; 3) Foi questionado se os códigos poderiam ser classificados em outros vieses cognitivos, além dos mapeados anteriormente. As sugestões fornecidas pela IA foram deliberadas pelo pesquisador. A saber, foram sugeridas quatro modificações nos códigos, duas delas foram rejeitadas pelo pesquisador, e duas delas modificadas: dois códigos antes classificados como efeito do avestruz foram alterados para viés do otimismo.

Finalmente, os códigos obtidos foram analisados. Além das análises descritivas dos resultados obtidos, foram realizadas análises de coocorrência de códigos. O conceito de coocorrência se refere a instâncias em que dois ou mais códigos ocorrem juntos no mesmo contexto de dados. Essa ferramenta exibe uma matriz que se refere a todos os segmentos codificados em um projeto, destacando as instâncias em que dois ou mais códigos aparecem juntos. As linhas e colunas da tabela representam códigos diferentes, e as células que se intersectam indicam a frequência de sua coocorrência. Os números nas células representam a quantidade de citações, Cc. O coeficiente de coocorrência, coeficiente c e sigla 'c', indica a intensidade da relação entre dois códigos, que varia entre 0 e 1, onde 0 significa que os códigos não coocorrem e 1 significa que esses dois códigos coocorrem sempre que são utilizados. Neste trabalho, ele foi usado com cautela, visto que é mais indicado para amostras maiores. Como neste trabalho os dados são qualitativos, o coeficiente c não é o mesmo, por exemplo, que um coeficiente de correlação de Pearson e, portanto, também não são fornecidos valores de p . Por fim, os Diagramas de Sankey são usados para apresentar fluxos e conexões de dados, sendo a largura dos fluxos da imagem proporcional à quantidade representada.

3.3 RESULTADOS

Foram convidados a participar 64 pacientes, porém 51 aceitaram o convite. A taxa de aceitação na pesquisa foi de 73%. O principal motivo para a negação foi o constrangimento de ser filmado. Das 51 entrevistas, apenas 47 foram incluídas na amostra, sendo quatro delas excluídas devido desconhecimento dos pacientes sobre sua lesão oral. As entrevistas duraram em média 19,5 minutos (mediana 19 minutos; variando de 7,7 a 40 minutos). O tamanho médio dos vídeos foi de 1859 MB (mediana 1721 MB; variando de 733 a 3607 MB). Na Tabela 1 observam-se as características sociodemográficas dos participantes.

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
SEXO	Feminino	32	68

	Masculino	15	32
IDADE	Entre 18 e 35 anos	3	6
	Entre 36 e 45 anos	8	17
	Entre 46 e 55 anos	12	26
	Entre 56 e 65 anos	15	32
	Entre 66 e 76 anos	9	19
ESCOLARIDADE	Analfabeto	1	2
	Ensino fundamental incompleto	17	36
	Ensino fundamental completo	6	13
	Ensino médio incompleto	1	2
	Ensino médio completo	13	28
	Ensino superior	9	19
TOTAIS		47	100 %

A maioria dos participantes (n=37, 79%) identificou alterações bucais devido a sinais ou sintomas em autoexames, enquanto a outra parcela (n=10, 21%) teve suas lesões orais avaliadas oportunisticamente. A lesão primária mais frequente foi o aumento de volume (n=28, 56%), seguido por úlceras (n=14, 28%). As localizações mais comuns foram os lábios (n=19, 35%) e a língua (n=15, 27%). Em relação aos sintomas, 57% das lesões apresentaram algum tipo de manifestação, como ardência, incômodo ou dor. Vale ressaltar que o número total de lesões orais ultrapassou o número de participantes, uma vez que alguns pacientes apresentavam mais de uma lesão, em locais diferentes e pertencentes a diversos grupos de hipóteses diagnósticas. Os detalhes das características dessas lesões orais estão apresentados na Tabela 2.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES ORAIS

VARIÁVEL	CATEGORIAS	n	%
RASTREAMENTO	Autoexame	37	79
	Oportunístico	10	21
LESÃO FUNDAMENTAL	Aumento de volume	28	56
	Ferida	14	28
	Alteração de cor ou placa	6	12
	Sem sinais clínicos	2	4
LOCALIZAÇÃO	Lábios	19	35
	Língua	15	27

	Palato	10	18
	Gengiva	6	11
	Face	3	5
	Garganta	2	4
SINTOMATOLOGIA	Presente	27	57
	Ausente	20	43
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DO PESQUISADOR	Alterações de normalidade	9	18
	Processos proliferativos não-neoplásicos	6	12
	Neoplasia benigna	6	12
	Lesão potencialmente maligna ou maligna	5	10
	Alteração vascular	4	8
	Lesão traumática (hiperqueratose)	4	8
	Infecção viral	3	6
	Obstrução de glândula salivar	3	6
	Autoimune	2	4
	Lesão óssea inflamatória	2	4
	Infecção fúngica	2	4
	Deficiência vitamínica	1	2
	Infecção bacteriana (Sífilis)	1	2
	Neuropatia	1	2
	Processo inflamatório crônico	1	2

3.3.1 Códigos indutivos

A seguir estão descritas as principais categorias que surgiram da análise indutiva: motivos de busca do atendimento profissional (MB), motivos de espera para busca do atendimento profissional (ME); e sentimentos e emoções relacionados à lesão oral (SE).

A Tabela 3 apresenta um resumo dos principais fatores que facilitaram a busca de ajuda por parte dos participantes. Dentre os fatores que mais motivaram os pacientes a procurarem assistência profissional, destacou-se o impacto dos sintomas na alimentação e na mastigação. A sensação de dor ou desconforto também foi um motivador significativo, assim como a percepção de que suas lesões estavam piorando e a constatação de que os tratamentos utilizados até então não estavam surtindo efeito.

Mais ou menos assim uns 15, 30 dias atrás que eu estava sentindo mesmo que eu tinha que procurar ajuda, né? Porque eu estava vendo que não adiantava mais o que eu estava usando, não estava resolvendo. Então eu parti para procurar um médico e então me encaminharem. 22:27 p 3 em P_028

Outros fatores que influenciaram a busca por diagnóstico e tratamento incluíram a curiosidade em relação à condição de saúde, o desejo de aliviar sentimentos de ansiedade e preocupação, além das recomendações de profissionais de saúde ou conhecidos. Os laços familiares e o desejo de autocuidado também desempenharam um papel importante como motivadores.

Me dá preocupação, porque a gente não sabe, hoje em dia acontece de tudo. Às vezes uma manchinha na sua pele pode causar um problema sério. Então, por isso que eu fui ver o que estava acontecendo. 35:15 p 10 em P_014

Por fim, a preocupação com a estética e as pressões sociais também foram identificadas como fatores que incentivaram os pacientes a procurarem ajuda profissional para suas condições médicas.

Sim, porque eu fiquei mais inibida para conversar. Todo mundo começava a falar porque às vezes aparecia. Ou então colocava a mão porque beliscava um pouco. Aí o pessoal: “Ah, o que que é isso?”. Você ficar explicando e você fica sem jeito porque vai que a pessoa pensa que alguma coisa mais grave, né, entendeu? 11:33 p 10 em P_002

TABELA 3- TEMAS QUE REPRESENTAM FACILITADORES NA BUSCA POR CUIDADOS ENTRE OS PACIENTES COM LESÕES ORAIS

TEMA	Gr	%	n	%
Impacto na alimentação/mastigação/fala	88	20	23	48
Busca do diagnóstico	84	19	31	66
Recomendação de profissionais	70	16	28	60
Tratamentos prévios não resolveram	69	16	18	38
Estética/pressão social	36	8	10	21
Recomendação de conhecidos	34	8	18	38
Dor ou incômodo	27	6	11	23
Agravamento da lesão	14	3	11	23
Impacto na higienização	6	1	23	49
Afetos familiares	5	1	4	9
TOTAIS	433	100	47	100

Gr = número de códigos por categoria; n= número de participantes para cada categoria.

A Tabela 4 apresenta os motivos pelos quais os pacientes demoraram a buscar atendimento para o diagnóstico de suas lesões bucais. A maioria dos pacientes adiou a procura por assistência médica devido à crença de que suas lesões eram simples e poderiam se resolver espontaneamente. Portanto, optaram por aguardar e observar como a situação evoluiria ao longo do tempo. A ausência de dor ou incômodo contribuíram também para esta espera. Alguns pacientes relataram terem utilizado tratamentos prévios, em sua maioria, recorrendo a medicações tópicas adquiridas em farmácias ou recomendadas por conhecidos, na tentativa de solucionar o problema por conta própria. Além disso, houve relatos de tentativas de remédios caseiros.

Porque é que nem te falei, que eu não me preocupei. Eu acho que não é nada. Pra mim, isso aí não é nada. Para mim, é só machucadinho mesmo. Só essa lesãozinha que teve com o aparelho mesmo só e pronto 37:39 p 14 em P_030

Outras barreiras que contribuíram para o adiamento da busca por atendimento médico incluíram desafios financeiros, falta de tempo e priorização de outras responsabilidades, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e nos deslocamentos até os centros de referência. A pandemia de COVID-19 também desempenhou um papel significativo ao criar preocupações adicionais relacionadas à saúde e à mobilidade. Adicionalmente, alguns pacientes recorreram ao uso de máscaras ou outros artefatos para disfarçar o desconforto causado por algumas lesões, o que pode ter contribuído para o atraso na procura por atendimento profissional adequado.

Não, não. Normal, no dia a dia, porque eu trabalho, no caso, eu sou o motorista de caminhão. Então, a gente às vezes não consegue ter aquele cuidado de, às vezes, na correria que você acaba "Vou deixar para escovar o dente depois" e assim acaba passando. Então, esse detalhe acaba complicando também. 63:13 p 3 em P_031

TABELA 4 - TEMAS REPRESENTAM DIFICULTADORES NA BUSCA POR ATENÇÃO PROFISSIONAL

TEMAS	Gr	%	n	%
<i>Algo simples ou de resolução espontânea</i>	43	26	20	43
<i>Tratamento caseiro</i>	33	20	13	28
<i>Falta de tempo/prioridade/autocuidado</i>	24	15	13	28
<i>Ausência de dor ou incômodo</i>	21	13	10	21

<i>Tentativa de tratamentos prévios</i>	13	8	5	11
<i>Uso de máscara/artifício para esconder lesão</i>	8	5	4	9
<i>Condições financeiras</i>	7	4	5	11
<i>Dificuldade de acesso/deslocamento</i>	7	4	5	11
<i>Pandemia COVID-19</i>	7	4	4	9
TOTAIS	163	100	47	100

Gr = número de códigos por categoria; n= número de participantes para cada categoria.

Por sua vez, a Tabela 5 apresenta os sentimentos e emoções presentes nas entrevistas. Os participantes relatam medo e preocupação relacionados à presença da lesão, assim como ansiedade e irritabilidade. Além disso, os sintomas podem levar a mudanças nos hábitos sociais e a uma tendência ao isolamento, desânimo e depressão. A vergonha e o constrangimento também foram citados.

Mudou porque eu fiquei triste, perdi o ânimo de tudo, fiquei desesperada. Como eu falei, a primeira coisa que a gente pensa que a gente está com câncer e que a gente vai morrer, na verdade. A gente nem pensa que existe um tratamento que a gente, se for maligno, a gente vai se recuperar. O que a gente pensa é que a gente vai morrer e pronto. Não tem mais jeito. Tem que deixar as coisas tudo certa aqui na Terra, pra ir em paz.15:7 p 17 em P_010

TABELA 5 – TEMAS RELACIONADOS A SENTIMENTOS E EMOÇÕES

TEMAS	Gr	%	n	%
Medo e Preocupação	108	53	32	68
Depressão/Desânimo/isolamento social	48	24	14	30
Vergonha/Constrangimento	35	17	13	28
Ansiedade/Irritabilidade	13	6	9	19
TOTAIS	204	100	47	100

3.3.2 Códigos dedutivos

Mais da metade da amostra (n=31/47, 65%) apresentou pelo menos um dos cinco vieses cognitivos encontrados. Alguns vieses mapeados na revisão de literatura não foram confirmados (ilusão de controle e comportamento de rebanho). O viés da

super confiança foi anexado ao viés da confirmação. Apesar de possuírem conceitos diferentes, todas as citações se enquadram em ambos os vieses, especialmente porque compartilhavam da indicação do tratamento caseiro ou tratamentos prévios como principal causa. Optou-se em manter o viés da confirmação, que também incluía situações de minimização de sintomas que não se enquadravam no viés da super confiança (resultados explorados a seguir).

Nas 47 entrevistas analisadas, 117 citações foram atribuídas aos vieses cognitivos. As mais frequentes foram relacionadas ao viés do status quo (Gr=65/117, 55%) e viés da confirmação (Gr=35/117, 29%), seguido pelo efeito avestruz (Gr=10/117, 8%), viés do otimismo (Gr=5/117, 4%) e do viés do presente (Gr=5/117 4%). A seguir, os principais achados de cada um deles.

3.3.2.1 Viés do status quo

O viés mais frequente foi o viés do *status quo* (n. P=24, Gr=65). Alguns participantes indicam uma tendência de manter as coisas como estão, evitando agir ou buscar tratamento, mesmo quando há desconforto ou preocupação com a saúde bucal. O viés do *status quo* pode ser observado na relutância em tomar medidas diferentes do estado atual e na crença de que o problema vai passar ou se resolver por si só. As principais causas associadas a esse viés foram:

- a) Falta de tempo, prioridade ou autocuidado (Cc=18, c=0,25):

Porque não tinha tempo, né? Não tinha tempo. Agora eu estou tendo tempo, né? Quatro meses estou tendo tempo de cuidar de mim e fazer as coisas para mim. Agora sim. Mas antes eu não tinha tempo. Nós corríamos direto com o meu marido (51:11 p 4 em P_050).

- b) Acreditar que é algo simples e de resolução espontânea (Cc=12, c=0,12):

Achei que devia ser, tipo assim... Achei que devia ser, tipo assim... A gente é meio criado no interior assim, né? 'Ah, isso aí passa'. Então foi deixando" (22:28 p 4 em P_028).

Não, não, não. Comodismo, é comodismo. 'Vai passar logo'. Se acostuma, se encaixa, vai passar" (43:45 p 17 em P_029).

- c) Ausência de dor/incômodo (Cc=12, c=0,16):

Já faz tempo. Faz tempo que eu sentia que eu tinha ela, né? Acho que aí que quase seis, oito meses, mais até, mas não me doía, não me incomodava. Eu

consegua me alimentar, conseguia mastigar e tudo mais” (43:6 p 2 em P_029).

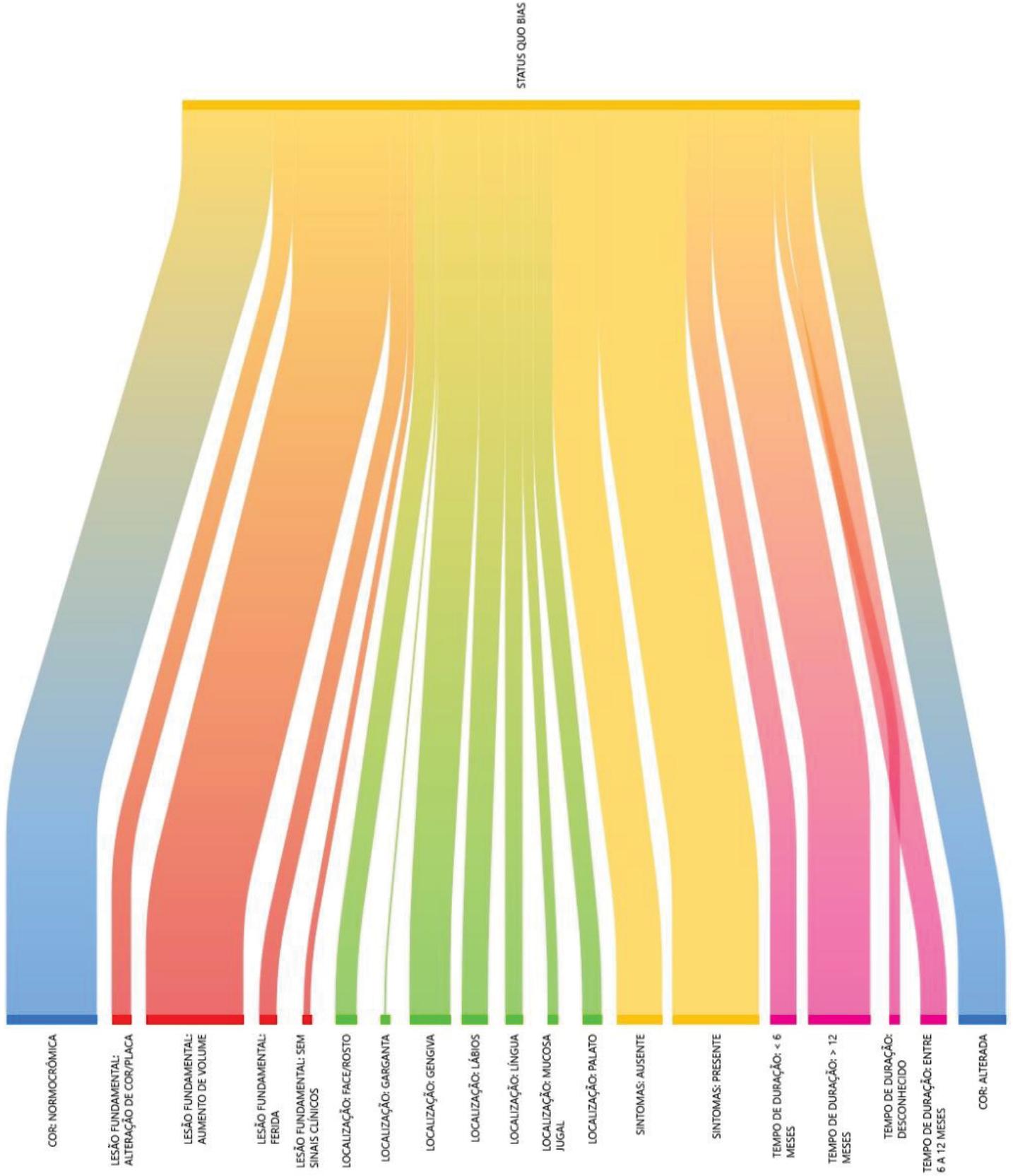
Interessante notar que a pandemia da COVID-19 aparece como um motivo para atrasar a busca por atendimento (Cc=5, c=0,07), bem como o uso de máscaras, que muitas vezes escondiam lesões bucais (Cc=7, c=0,11), e evitam sentimentos como vergonha ou constrangimento (Cc=8, c=0,09).

Muda bastante. Porque agora tem máscara, né? Mas e quando eu não tinha esse negócio da máscara que ele ficava quase desse tamanho assim? Como é que você sai numa rua? E daí se vira de manta, cachecol. Fui até a praia já de cachecol. Porque fica esquisito, né? (P_015)

Me incomoda, incomoda. Todo mundo chega "Que isso aqui na tua boca?", "Que aconteceu?". Curiosidade todo mundo tem, mas remédio para sarar ninguém tem (62:31 p 8 em P_041).

O perfil do participante que manifestou este viés possui a cor da pele branca e acima de 45 anos. O sexo masculino foi o mais afetado (Cc=36, c=0,35) e indivíduos de escolaridade fundamental (Cc=35, c=0,26). Em relação às características das lesões, o viés ocorreu com maior frequência em lesões com mais de um ano (Cc=29, c=0,19), normocrômicas (Cc=42, c=0,36), nódulos (Cc=45, c=0,08), localizadas na gengiva (Cc=19, c=0,12), e com algum sintoma presente (Cc=40, c=0,11), como mostra o Diagrama de Sankey da Figura 1.

FIGURA 1. DIAGRAMA DE SANKEY, DEMONSTRANDO A FORÇA DAS CONEXÕES ENTRE AS CATEGORIAS E O VIÉS DO STATUS QUO



3.3.2.2. Viés da confirmação

Alguns participantes interpretam ou lembram de informações de maneira seletiva, dando mais importância às informações que confirmam suas crenças preexistentes e ignorando ou minimizando as informações que as contradizem (n=15, Gr=35). A ausência de dor ou incômodo esteve relacionada com este viés (Cc=6, c=0,12):

Então, justamente foi agora. Porque agora que eu fui no posto e os médicos olharam isso aí, vieram me falar para mim que é um fungo. E eu falei "não moço, que fungo?" O fungo quando ele vem ele incomoda. De alguma forma ele incomoda. É para comer, para dor. Mas o meu não incomoda eu pra nada." (P_001)

Além disso, os participantes mencionam o uso de tratamentos ou remédios caseiros, buscando confirmar suas crenças de que essas abordagens poderiam aliviar seus sintomas (Cc=13, c= 0,24).

A única coisa que eu faço é assim bochecho com bicarbonato de sódio com água morna, ele me alivia bastante. Comecei a fazer semana passada que eu estava com muita dor. E aí eu comecei a fazer. Ou, às vezes eu tomo um remédio para passar. E assim vai. (P_039).

"Foi feita a simpatia da lua. Foi feita... É uma coisa que as pessoas não acreditam, né? Simpatia da Lua para diminuir a glândula que estava muito inchada, me ensinaram, né? Ela foi boa, ela diminuiu (P_042).

Os participantes tendem a buscar e valorizar informações ou experiências que confirmam a eficácia dos tratamentos prévios (Cc=7, c=0,17) que acreditam serem efetivos, enquanto ignoram ou minimizam a falta de resultados duradouros. Este viés pode levar à persistência em estratégias ineficazes e à resistência em buscar ajuda profissional adequada.

Na verdade, eu descobri sozinho, porque eu ia no posto e o cara me receitava antialérgico, um comprimidinho cor de rosa. Me dava um sono aquilo e não adiantava em nada. Daí o meu sogro, um dia ele estava lá, falou "eu tenho esse spray, uso pra...", nem sei para que que ele usava. Falei pra ele "Me dá um pouquinho, pra ver se passa minha coceira?". Ele me deu, passou na hora, sarou tudo e saiu aquela alergia do céu da boca. (P_024)

O perfil dos participantes que apresentou este viés foi de indivíduos do sexo feminino (Cc=18, c=0,12), cor da pele branca (Cc=27, c= 0,18) escolaridade mais

baixa ($Cc=24$, $c=0,21$) e idade acima dos 45 anos ($Cc=34$, $c=0,20$), como mostra o Diagrama de Sankey da Figura 2. As lesões fundamentais que mais se relacionam com este viés foram as de aumento de volume ($Cc=21$, $c=0,04$) e ferida ($Cc=10$, $c=0,04$). As localizações mais frequentes são os extremos entre os lábios ($Cc=13$, $c=0,06$), região mais visível, e palato ($Cc=14$, $c=0,07$), região menos visível. Lesões mais recentes estiveram relacionadas a este viés ($Cc=15$, $c=0,11$).

FIGURA 2 - DIAGRAMA DE SANKEY, RELACIONANDO O VIÉS DA CONFIRMAÇÃO COM DADOS SOCIOECONÔMICOS



3.3.2.3 Viés do avestruz

Os pacientes mencionaram o medo de ir ao dentista e a preocupação com possíveis diagnósticos graves, como o câncer de boca. No entanto, alguns deles optaram por não procurar atendimento, mesmo com a presença de sintomas e lesões perceptíveis. Eles relataram receios, minimizam a importância das lesões ou adotaram uma abordagem de negligenciar o problema. Essas atitudes refletem o efeito avestruz, pois os pacientes evitam enfrentar a realidade das lesões e suas possíveis implicações. Os códigos do viés do avestruz foram citados 10 vezes em cinco participantes, apenas pacientes da cor branca (Cc=10, c=0,07). Foi majoritariamente mais comum em participantes com escolaridade de nível fundamental (Cc=9, c=0,08), mulheres (Cc=7, c=0,06) e acima de 45 anos (Cc=8, c=0,05). Ele coocorre em maior intensidade nas lesões de aumento de volume (Cc=8, c=0,01) e de coloração normocrômica (Cc=8, c=0,08), com tempo de duração maior do que 12 meses (Cc=6, c=0,05), quando havia sintomas presentes (Cc=6, c=0,02) e em localizações diversas. O principal fator relacionado a este viés foi o sentimento de medo ou preocupação (Cc=9, c=0,08).

Sim, sim. Eu fui e ele falou "Olha, era melhor tirar, vamos tirar isso aí". Então vamos, né? Porque até então eu tinha eu tinha medo no fundo, no fundo, de mexer com isso, porque eu fiz dois implantes e nunca contei pra dentista que eu fiz o implante. Nunca contei sobre essa bolinha. Entende? Sabe quando você vê gente do seu lado com câncer por causa de alguma coisinha assim? Então você fica meio, né? Eu quero criar a minha netinha. Não quero ficar doente. Ela tem nove aninhos. Ela fala, ela chora às vezes, fala "Vovó, você não vai morrer, né?". Ela é muito sentimental. Então, por conta disso, a gente procura não mexer no que está quieto. Dessa vez, assim, eu criei uma coragem que o médico falou "Vamos tirar?". Vamos. Aí hoje que amanheci meio... (24:13 p 8 em P_006)

Esse é o problema. Comodismo. E às vezes, o medo junto. A princípio, eu já pensei em alguma coisa ruim, então já fiquei com aquele "Ah, eu não vou ver. Se for alguma coisa ruim vai aumentar e vai incomodar. Se for alguma coisa não grave, assim, vai embora sozinha. E o tempo foi passando e aquilo aumentando (59:38 p 13 em P_047).

3.3.2.4 Viés do otimismo irrealista

O viés do otimismo irrealista foi relacionado a falas de participantes (n=4, Gr=5), que mencionam o pensamento positivo como um fator influente na evolução da lesão bucal. Muitas vezes atribuindo o desfecho positivo com uma crença espiritual (n=3, c=0,05). O fator de risco tabagismo também aparece fortemente concorrendo com o viés do otimismo irrealista (n=4, c=0,07).

Eu acho que, na verdade, até menor. Na verdade, eu acho que é menor. Ah... é uma crença da gente. A gente pensa que vai dar tudo certo, pensamento positivo, né? Então... E acho que tô mais tranquilo, assim, sabe? Tipo... aquele medo passou. É uma coisa espiritual também, né? A gente coloca na mão de Deus e vai embora (P_028).

Como o número de participantes neste grupo é pequeno, a distribuição das citações em relação às outras categorias não foi descrita neste parágrafo, porém podem ser consultadas na Tabela de Coocorrência de variáveis disponível no material suplementar (Apêndice 1).

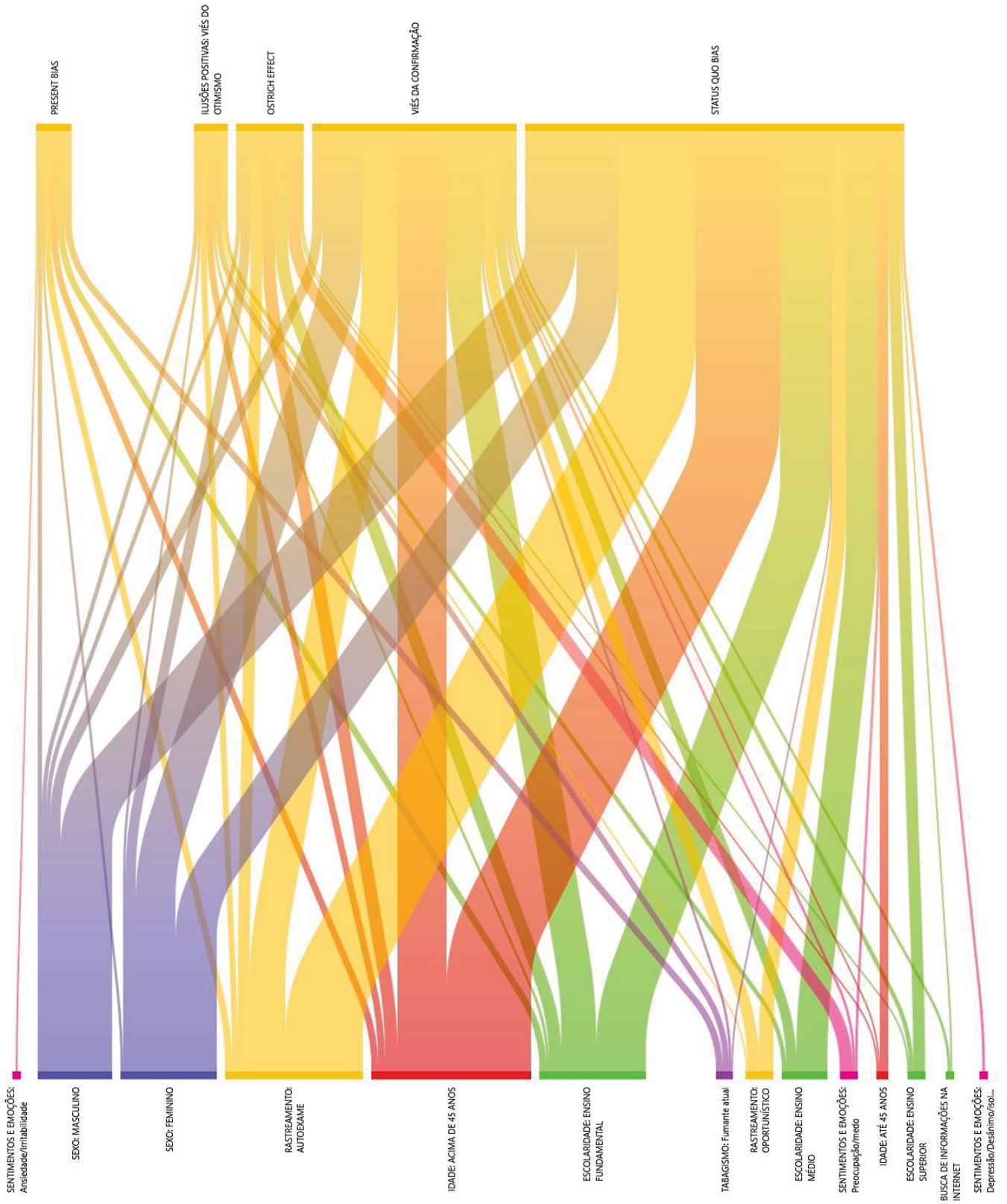
3.3.2.5 Viés do presente

O viés do presente aparece em apenas 2 participantes (Gr=5). O viés do presente é particularmente relevante no contexto de pacientes fumantes (Cc=5, c=0,09). Fumar é um comportamento altamente prejudicial à saúde. No entanto, os efeitos negativos do tabagismo muitas vezes se desenvolvem ao longo do tempo, enquanto a gratificação imediata da nicotina pode ser poderosa (alívio do estresse, sensação de relaxamento). Mais detalhes no Apêndice 1.

Mas arde. E o diacho é que a gente sabe que está fazendo mal e não consegue. Eu já fiz plano bastante vezes de largar de fumar, mas não consigo. Eu já pensei até esconder as carteiras de cigarro de mim, mas quando eu sei que está lá, eu vou lá e fumo. E se não tem eu dou um jeito de comprar. Mas tem que ter ajuda, se não... (33:24 p 10 em P_032).

Em resumo, os vieses cognitivos afetam ambos os sexos (masculino: Cc=52, c=0,37 e feminino: Cc=68, c=0,41), porém estão mais relacionados a pacientes mais velhos, acima de 45 anos (Cc=112, c=0,50), de cor de pele branca (Cc=99, c=0,61) e baixa escolaridade (Cc=75, c=0,50). Lesões normocrômicas estavam mais relacionadas aos vieses (Cc=72, c=0,51), bem como aumentos de volume (Cc=77, c=0,13). As regiões mais frequentemente foram os lábios (Cc=30, c=0,10), o palato (Cc=26, c=0,1) e a gengiva (Cc=25, c=0,12). Lesões sintomáticas (Cc=73, c=0,19) e antigas (Cc=48, c=0,25) também. Na Figura 3, o Diagrama de Sankey mostra a distribuição das categorias entre os vieses cognitivos.

FIGURA 3 – VIESES COGNITIVOS E CATEGORIAS DE ANÁLISE



3.4 DISCUSSÃO

Os vieses cognitivos desempenham um papel importante na explicação de alguns comportamentos negativos relacionados à demora dos pacientes em buscar ajuda diante de lesões orais. Neste estudo, identificaram-se cinco vieses cognitivos presentes em mais da metade da amostra: o viés do status quo, o viés da confirmação, o efeito avestruz, o viés do otimismo e o viés do presente.

No entanto, é importante notar que poucos estudos exploram como os vieses cognitivos afetam especificamente pacientes com problemas orais, e a maioria dos estudos disponíveis concentra-se em neoplasias malignas (Baumann et al., 2019; Kummer et al., 2019). Por exemplo, o estudo de Kummer et al. (2019) examinou a presença de heurísticas cognitivas na avaliação de sinais e sintomas em pacientes com diferentes tipos de câncer, incluindo câncer oral. No entanto, apenas o viés do otimismo foi analisado, e não foi identificado nos pacientes com câncer na boca. Em vez disso, foram identificadas heurísticas mentais que funcionavam como gatinhos na busca de ajuda, como a mudança na natureza dos sintomas, a persistência ou mudança dos sintomas ao longo do tempo, a mudança em um padrão pré-estabelecido, o impacto dos sintomas na vida diária ou mobilidade, sintomas novos, diferentes ou inesperados e a predisposição pessoal, histórico familiar ou experiência prévia. Esses facilitadores identificados na literatura coincidem com os encontrados nesta pesquisa e em outros estudos, como o agravamento dos sintomas ao longo do tempo, o medo de ter câncer, a percepção da gravidade do problema bucal e o apoio da família e da sociedade (Rath et al., 2018).

Além disso, o estudo de Baumann et al. (2019), que também empregaram uma metodologia qualitativa, investigou as perspectivas individuais sobre o câncer oral, incluindo crenças, motivações e necessidades que fundamentam os comportamentos relacionados à busca de informações sobre a doença. Na amostra desse estudo, composta por pessoas em risco, indivíduos afetados pelo câncer oral e seus familiares, observaram-se baixos níveis de proatividade na busca por informações, uma grande necessidade de uma rede de apoio e barreiras para lidar com o tema. O papel de conhecidos e familiares também se mostrou importante na busca por ajuda. Ainda nesse estudo foram identificados quatro padrões de afastamento de informações: o viés otimista, o fatalismo, o hedonismo e o pragmatismo. Esses padrões ajudam a entender por que as pessoas tendem a criar barreiras mentais para

se proteger de ameaças percebidas. O viés otimista está relacionado à ignorância informacional, onde as pessoas tendem a subestimar seu próprio risco. Crenças fatalistas podem levar à negação ativa de informações como um mecanismo de autopreservação, enquanto o hedonismo pode resultar na rejeição ativa da informação. Por fim, as crenças pragmáticas podem estar associadas à indiferença em relação à informação. Os autores concluem que o maior desafio na prevenção do câncer oral está em lidar com essas barreiras informacionais e cognitivas entre os grupos-alvo.

O viés mais comum encontrado neste estudo foi o *status quo*, que é considerado um grande problema de saúde pública (Suri et al., 2013). Em um estudo qualitativo sobre o comportamento de busca por cuidados e seus determinantes entre os pacientes com câncer oral na Índia, a maioria esperou pela cicatrização espontânea da lesão (Rath et al., 2018). Outros fatores que contribuem para o atraso do paciente são negligência em relação a lesões bucais, percepção negativa do sistema de saúde, distância para acesso aos serviços de saúde, falta de apoio familiar, ocultação de problemas dos membros da família e restrições financeiras (Scott et al., 2008; Scott et al., 2007). Portanto, a falta de conhecimento e a falta de percepção da gravidade foram os fatores comuns que influenciam o atraso dos pacientes. Em um estudo que analisou o viés de *status quo* na escolha de planos de saúde, observou-se que paciente mais velhos e o sexo masculino estavam positivamente associados a um maior viés nessa escolha. Por outro lado, níveis mais elevados de educação e renda estavam relacionados a uma menor presença desse viés (Karl et al., 2019). Isso está em consonância com os resultados deste estudo, onde o viés de *status quo* foi mais prevalente entre os indivíduos acima de 45 anos e do sexo masculino.

O contexto gerado pela pandemia da COVID-19 emergiu como um dos fatores que contribuíram para o atraso na busca por ajuda nesta pesquisa. Além dos obstáculos externos que dificultaram o acesso dos participantes aos cuidados profissionais, o uso generalizado de máscaras surgiu como uma estratégia para ocultar lesões visíveis e adiar a busca por tratamento. Isso muitas vezes aconteceu como uma tentativa de evitar sentimentos de vergonha e constrangimento associados às lesões orais. É importante destacar que os vieses cognitivos, que são erros sistemáticos na tomada de decisões, tendem a ser amplificados em cenários de incerteza, como o vivenciado durante a pandemia da COVID-19 (Bottemanne et al., 2020; DiMaria et al., 2020; Soofi et al., 2020). Vários vieses cognitivos foram

observados no comportamento individual e coletivo durante esse período desafiador, incluindo o viés do presente, o viés do status quo, o efeito de enquadramento, o viés do otimismo, a heurística afetiva e o comportamento de manada (Soofi et al., 2020). Entre esses vieses, o viés do otimismo irrealista se destacou como um dos mais estudados (Asimakopoulou et al., 2020; Druică et al., 2020; Monzani et al., 2021; Shefrin, 2020).

Um estudo que analisou dados das redes sociais de adultos durante as semanas cinco e oito do *lockdown* da COVID-19 no Reino Unido revelou que os participantes tendiam a subestimar seu próprio risco de contrair o vírus. Eles exibiram otimismo comparativo, acreditando que tinham uma probabilidade menor de enfrentar diversos riscos relacionados à COVID-19 em comparação com outras pessoas da mesma idade e gênero. Isso incluiu riscos controláveis, como evitar a infecção acidental, e riscos incontroláveis, como a necessidade de hospitalização ou tratamento intensivo em caso de infecção (Asimakopoulou et al., 2020). Em um estudo semelhante com uma amostra de americanos, foi observado que a percepção de risco estava inversamente relacionada ao viés do otimismo. Em outras palavras, à medida que as pessoas diminuíram sua percepção de risco em relação à COVID-19, o viés otimista aumentou, resultando em uma menor motivação para adotar comportamentos preventivos (Park et al., 2020; Belizan et al., 2020). O otimismo irrealista afetou negativamente o uso de equipamentos de proteção pelos profissionais de odontologia durante a epidemia no Brasil (Pivovar et al., 2022). Para reduzir esse viés, sugere-se que a percepção de risco real seja enfatizada.

Muitos outros problemas de saúde também têm sido associados ao viés do otimismo irrealista. Pesquisas revelaram que a presença desse viés está relacionada a comportamentos de risco em saúde. Um maior viés do otimismo irrealista em relação a evitar problemas negativos com álcool estava correlacionado com um maior consumo de álcool um ano depois (Dillard et al., 2006). Da mesma forma, este viés em relação à prevenção do vírus H1N1 estava associado a intenções mais baixas de praticar medidas de higiene das mãos (Kim & Niederdeppe, 2013). No contexto de pacientes diabéticos, pesquisas destacaram que esses pacientes tendem a acreditar que têm uma probabilidade menor de sofrer complicações terapêuticas do que outros diabéticos (Patton et al., 2022). Mulheres podem consistentemente subestimar seu risco de desenvolver câncer de mama quando se comparam com outras (Gail et al., 1989).

Além disso, em uma pesquisa na Suécia, os participantes demonstraram ter crenças realistas sobre a contribuição da radiação solar para o risco de desenvolver câncer de pele. No entanto, eles subestimaram significativamente a incidência de câncer de pele na população e o impacto do câncer de pele na saúde geral (Borschmann et al., 2012). Em pacientes com doenças crônicas, como hipertensão ou diabetes, o excesso de confiança e o otimismo irrealista podem levar à resistência em reconhecer seu estado de saúde e seguir o tratamento recomendado. Finalmente, Lu et al. (2009) investigaram o viés do otimismo irrealista e a busca por informações em pacientes com câncer de próstata em uma população taiwanesa. Seu estudo demonstrou uma relação negativa entre o viés do otimismo irrealista e a intenção de fazer triagem para o câncer de próstata, indicando que esse viés reduz a disposição para realizar testes de prevenção.

Estudos confirmam a associação entre o tabagismo e o otimismo irreal (Hammar & Johansson-Stenman, 2004; Masiero et al., 2015, 2017). Fumantes conhecem os riscos associados ao uso de cigarros e estão cientes das possíveis consequências futuras, mas sistematicamente negligenciam essas informações de maneira automática quando são explicitamente solicitados a avaliar seu próprio risco (Masiero et al., 2017). É importante destacar que essa atitude positiva é mantida mesmo quando confrontadas com informações negativas conflitantes, e o mesmo não acontece com informações positivas, que são incorporadas facilmente em novas estimativas (Masiero et al., 2017; Sharot, 2011).

Por exemplo, uma pesquisa de âmbito nacional nos Estados Unidos da América indicou que fumantes subestimam seu risco de câncer de pulmão tanto em comparação com outros fumantes quanto em relação a não fumantes. Além disso, os fumantes não conseguem avaliar como a quantidade de cigarros afeta seu risco individual de contrair câncer de pulmão e concordam com ideias que minimizam a gravidade do tabagismo, como a crença de que os efeitos do tabagismo podem ser revertidos por meio de exercícios ou vitaminas, ou de que o câncer de pulmão é principalmente determinado pela genética de uma pessoa (Weinstein, 2005). Outras crenças que reforçam esse viés são: relacionar o não desenvolvimento da doença à sorte, comparando com a experiência de ter parentes ou amigos que não fumaram, mas ainda desenvolveram doenças comumente associadas ao tabagismo, e vice-versa (Masiero et al., 2017). No estudo atual, a crença religiosa também reforçou o

viés do otimismo, onde os participantes atribuem um risco menor para desfechos negativos devido à ação divina.

Entretanto, apesar de o otimismo irrealista ser amplamente mapeado, neste estudo em particular, ele foi observado com menos frequência, o que pode ser explicado pela forma de coleta da pesquisa. A análise de risco comparativa foi utilizada na sessão de perguntas sobre fatores de risco e câncer bucal, como a amostra não continha um número grande tabagistas, que possuem risco real comparado com não tabagistas, isso refletiu nos resultados.

Outro viés frequentemente relacionado com o tabagismo é o viés do presente, que indica que as pessoas tendem a favorecer recompensas menores no curto prazo em detrimento de recompensas maiores no longo prazo. No caso do consumo do tabaco, proporciona alívio imediato do estresse, mas acarreta riscos de saúde futuros, como o câncer de pulmão (Soofi et al., 2020). Entretanto, este viés aparece relacionado a outros contextos de saúde como a pobreza: especificamente, o viés do presente mostrou ser o mais prejudicial para a adesão de beneficiários a um programa de desenvolvimento na primeira infância no México em sua implementação por uma organização não governamental (Serván-Mori et al., 2022). Além disso, o viés do presente também foi identificado em estudos relacionados a decisões sobre o uso de preservativos e a realização de testes de HIV em adultos jovens economicamente vulneráveis com maior risco de contrair o vírus. Muitos desses participantes demonstraram uma tendência a dar mais peso a recompensas imediatas em detrimento de recompensas futuras, o que tem implicações significativas para estratégias de prevenção do HIV. Portanto, essas estratégias precisam considerar esses vieses para melhorar a adesão ao uso de preservativos e à realização de testes de HIV (Mayo-Wilson & Ssewamala, 2019), bem como para propor diferentes propostas de impacto na saúde destes grupos de risco.

Os participantes com lesões na boca frequentemente recorrem a tratamentos ou remédios caseiros na esperança de confirmar suas crenças de que essas abordagens podem aliviar seus sintomas de saúde. Eles tendem a buscar informações que apoiam tratamentos anteriores que consideram eficazes, ignorando a falta de resultados consistentes. Isso pode levar à persistência em estratégias ineficazes e à resistência em buscar ajuda profissional adequada. As pessoas frequentemente tendem a ignorar mensagens que desafiam suas crenças e comportamentos, preferindo buscar conteúdo que reforce suas opiniões (Chen, 2021). Esse viés da

confirmação, tem sido objeto de estudo na literatura científica, especialmente na área da saúde, relacionada à decisão de se vacinar ou não. As pessoas costumam escolher informações que estão alinhadas com suas crenças e tendem a perceber informações favoráveis como mais confiáveis, úteis e persuasivas (Giese et al., 2020).

Um estudo que buscou modelar e medir a polarização na transmissão social de informações de risco sobre a vacinação contra a gripe descobriu que os indivíduos adaptam as mensagens que transmitem para outros de acordo com suas crenças iniciais (Giese et al., 2020). Por outro lado, Meppelink et. al (2019) avaliaram as atitudes dos pais em relação à vacinação de crianças de 0 a 4 anos e destacou que percepções tendenciosas eram mais comuns entre pessoas com maior literacia em saúde, conhecida como *Health Literacy*, que também está associada a um nível socioeconômico mais elevado (Meppelink et al., 2019). No entanto, é importante notar que os resultados deste presente estudo divergiram, mostrando que o viés da confirmação estava relacionado a níveis mais baixos de escolaridade. Isso pode ser explicado pelo fato de que o estudo de Meppelink et. al. (2019) avaliaram a busca de informações na internet, uma atividade que envolve um nível mais alto de proatividade em comparação com os motivos atribuídos neste estudo, como o uso de automedicação, remédios caseiros e a ausência de sintomas. Vale ressaltar que o uso de remédios caseiros ou automedicação também foi apontado como uma barreira na detecção precoce de lesões de câncer bucal em outros estudos (Azhar & Doss, 2018; Rath et al., 2018).

O contexto da pandemia de COVID-19 também revelou influências do viés da confirmação (Malthouse, 2023; Saleska & Choi, 2021). A eficácia das vacinas depende em grande parte da aceitação pública, e uma estratégia comum para promover essa aceitação é fornecer informações sobre sua segurança e eficácia. Porém, interpretações tendenciosas ocorrem tanto no sentido da pró-vacinação quanto antivacinação (Malthouse, 2023). Contrariando as expectativas, um estudo não encontrou evidências convincentes para o viés de confirmação atuando na propagação de mensagens antivacinação (Jiménez et al., 2020). Em vez disso, as mensagens transmitidas por pessoas com crenças antivacinação podem se espalhar devido a terem características específicas, como serem simples, concretas, emocionais, inesperadas e narrativas, que as tornam especialmente fáceis de memorizar (Jiménez et al., 2020). Com isso, é importante notar que as mesmas características dessas mensagens também podem ser usadas para promover a

vacinação, oferecendo uma perspectiva mais otimista para combater informações antivacinação.

Além disso, o viés da confirmação também se manifesta na área de escolhas alimentares, onde as pessoas tendem a evitar informações que contradizem suas preferências alimentares, seja em relação à saúde ou ao sabor (Dibbets et al., 2021). Curiosamente neste contexto, a idade e a deliberação cognitiva parecem intensificar esse viés (Dickinson & Kakoschke, 2021). Adultos mais velhos tendem a ser menos propensos do que adultos mais jovens a mudar suas crenças quando confrontados com informações indesejáveis sobre o futuro. Isso resulta em um maior viés de atualização na idade mais avançada, o que significa que os adultos mais velhos são mais propensos a manter crenças otimistas, mesmo quando confrontados com informações negativas. Essa tendência otimista em adultos mais velhos foi associada a uma maior massa cinzenta na região do córtex cingulado anterior (Chowdhury et al., 2014). Isso destaca a importância de considerar a influência da idade ao estudar como as pessoas processam informações e tomam decisões.

Participantes com lesões orais optaram por não procurar atendimento, mesmo com a presença de sintomas e lesões perceptíveis. O processo de busca e assimilação de informações sobre saúde é um dilema complexo. Por um lado, obter informações precoces sobre a saúde pode levar à detecção precoce de doenças e tratamentos menos invasivos e dispendiosos. Por outro lado, receber um diagnóstico desfavorável pode ser emocionalmente angustiante, levando as pessoas a preferirem evitar informações negativas (Panidi, 2015). Além disso, pesquisas mostram que a aversão à perda, que indica que as pessoas são mais sensíveis às perdas do que aos ganhos, está associada negativamente à participação em testes preventivos para condições como hipertensão, diabetes e doenças pulmonares (Panidi, 2015). A percepção subjetiva do risco pessoal desempenha um papel importante na forma como as informações de saúde são recebidas. Em alguns casos, a preocupação pode motivar a busca por informações, especialmente quando as pessoas acreditam que as informações podem aliviar a ansiedade relacionada à doença. No entanto, quando o medo é elevado e as informações são vistas como prováveis de confirmar esses medos, a tendência é evitar as informações, demonstrando o fenômeno do "viés do avestruz" (Panidi, 2015). Esse padrão é observado especialmente em situações em que o medo ou a preocupação são proeminentes como observados neste estudo.

Em relação às características das lesões, observou-se uma maior associação dos vieses cognitivos com lesões normocrômicas e aumentos de volume, especialmente nas regiões dos lábios, palato e gengiva. É interessante notar que essas áreas apresentam diferentes níveis de dificuldade de observação, tornando difícil afirmar que topografias mais desafiadoras, como o palato, são mais propensas a vieses. Além disso, lesões sintomáticas e antigas também foram correlacionadas aos vieses cognitivos, evidenciando a influência destes na procrastinação da busca por ajuda, mesmo quando sintomas estão presentes. No entanto, é relevante destacar que a presença de dor ou desconforto, assim como o impacto na alimentação, continuam a ser os principais motivadores significativos para a busca de assistência. Isso inclui a percepção de que as lesões estão deteriorando e a constatação de que os tratamentos utilizados até então não estão produzindo efeitos desejados.

3.4.1 *Debiasing*

O *debiasing* é um processo essencial que visa mitigar vieses cognitivos e emocionais que podem afetar negativamente as decisões de saúde, e tem se mostrado uma ferramenta valiosa. Por exemplo, o uso de mensagens de incentivo, baseadas em conceitos da economia comportamental, mostrou-se eficaz na promoção da vacinação contra a COVID-19 (Alhajji et al., 2023). A aplicação de princípios desta teoria também aprimorou o design de programas de rastreamento de doenças em pacientes mais velhos com doenças crônicas, como a retinopatia diabética, melhorando a aderência ao tratamento e os resultados clínicos (Tang et al., 2023). A aplicação dessa abordagem à aderência ao tratamento em pacientes dermatológicos, com foco na psoríase, mostrou resultados promissores em termos de qualidade de vida e custos reduzidos (Woodbury et al., 2022).

Uma revisão que explora os desafios das estratégias de *debiasing* para pacientes que fazem uso de substâncias apontou a gamificação com potencial, dada a aplicação bem-sucedida desses elementos em outras áreas, como saúde mental e promoção de atividade física (Zhang & Smith, 2020). Por exemplo, um estudo incentivou pacientes com diabetes não controlada a autogerenciar seus níveis de glicose no sangue, pressão arterial e peso diariamente, oferecendo recompensas financeiras com base na aderência. Isso resultou em um aumento notável na aderência, de 58% para 81% (Patton et al., 2022). Um exercício semelhante foi

realizado para reduzir a prescrição inadequada de antibióticos, a fim de combater a resistência antimicrobiana. Os médicos que mais receitavam antibióticos foram informados por carta de que estavam prescrevendo antibióticos a uma taxa mais alta do que 80% de seus colegas na Inglaterra. Ao longo de seis meses, isso resultou em uma diminuição média das prescrições de antibióticos (Shah & Hagell, 2019). Em razão disso, a incorporação da economia comportamental parece ser uma abordagem eficaz para melhorar o manejo de doenças, embora mais pesquisas e implementação clínica sejam necessárias (Patton et al., 2022).

Uma revisão abrangente conduzida por Ludolph et. al. (2018) analisou 68 artigos abrangendo 87 estudos relacionados ao *debiasing* no contexto da saúde. Os resultados revelaram que a maioria das intervenções de *debiasing* foi, pelo menos, parcialmente bem-sucedida na redução de vieses, abordando questões como otimismo irrealista, efeitos de enquadramento e negligência de taxas base. Essas intervenções variaram desde estratégias cognitivas, até intervenções tecnológicas. No entanto, essa revisão também identificou desafios importantes. Um deles é a transferência eficaz das intervenções do ambiente de pesquisa para cenários do mundo real, destacando a necessidade de adaptar essas estratégias para situações práticas de saúde (Ludolph & Schulz, 2018). Ademais, a pesquisa enfatizou a importância de um rigor conceitual mais aprofundado no desenvolvimento e avaliação das estratégias de *debiasing*. Além disso, debates a respeito de questões éticas foram levantadas, baseadas no fato das intervenções da economia comportamental limitarem a liberdade de escolha dos pacientes. Porém, os defensores argumentam que orientam os pacientes para decisões alinhadas com seus melhores interesses, sem remover suas opções (Woodbury et al., 2022). Em resumo, o *debiasing* e a aplicação de princípios da economia comportamental são abordagens promissoras para melhorar a tomada de decisões em saúde, mas é essencial continuar pesquisando e implementando essas estratégias de maneira ética e eficaz na prática clínica.

3.4.2 Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser destacadas. A primeira delas é sobre a validação externa dos resultados. A realização de inferências deve ser analisada com cautela devido a metodologia empregada. No entanto, é

importante ressaltar o esforço inicial de compreender, sob a perspectiva do paciente, os sinais e sintomas orais, utilizando os conceitos da economia comportamental. Embora seja um fato conhecido que as decisões em saúde são influenciadas por vieses cognitivos, ainda há muito a ser explorado no mapeamento da influência desses erros sistemáticos no julgamento de pacientes com lesões orais.

Em relação a validação interna do estudo, idealmente, recomenda-se que haja validação por pares em relação a codificação dos dados coletados nas entrevistas. Entretanto, a validação dos códigos relacionados aos vieses cognitivos se baseou no uso de *software* de IA. Porém, o uso da IA na análise de conteúdo revela resultados promissores. Um estudo mostra que, em comparação com as abordagens manuais e assistidas por computador, a análise de conteúdo habilitada por IA oferece claras vantagens como a alta confiabilidade, alta validade e eficiência moderada (Kang et al., 2020). Uma vez que pode combinar a validade da análise de conteúdo manual com a confiabilidade e eficiência da análise de conteúdo assistida por computador, automatizando aspectos do pensamento humano de maneira racional.

A utilização da Entrevista de Narrativa de Doença de McGill - MINI como ferramenta de coleta de dados apresenta vantagens e desvantagens. Optou-se pelo seu uso, devido sua capacidade de permitir a produção de narrativas abrangentes sobre a experiência de adoecimento, podendo ser aplicada a uma variedade de problemas, condições ou eventos de saúde, incluindo sintomas, síndromes e diagnósticos biomédicos. Essa versatilidade torna a MINI valiosa em pesquisas exploratórias, onde o objeto de estudo ainda precisa ser mapeado, pois não restringe as perguntas apenas ao interesse imediato. No entanto, é importante reconhecer que a natureza genérica das perguntas pode resultar em falta de sensibilidade, potencialmente deixando de abordar detalhes importantes relacionados ao tópico de pesquisa. Isso pode ter limitado a profundidade das informações coletadas e, possivelmente, impedido vieses cognitivos de serem identificados. Além disso, os resultados dependem da memória retrospectiva dos participantes, o que pode ser suscetível a imprecisões devido ao tempo decorrido desde as experiências de adoecimento. Também é relevante considerar a capacidade de comunicação dos participantes, já que nem todos podem expressar adequadamente suas experiências.

Vale justificar que a amostra deste estudo não reflete o grupo de maior risco para o câncer bucal (homens, tabagistas, acima de 45 anos). Como a amostra foi obtida por conveniência entre pacientes encaminhados para o ambulatório de

estomatologia da UFPR, diferentes patologias e alterações foram observadas, e com isso, perfis sociodemográficos diferentes. Para avançar nesse campo de estudo, é crucial realizar estudos quantitativos subsequentes para confirmar a existência e a influência desses vieses em subpopulações específicas para diferentes patologias orais. Por exemplo, não foi possível determinar se a natureza da lesão e sua localização têm um impacto real na avaliação incorreta dos sintomas. Seria necessário contar com um grupo de participantes maior e uma amostra mais homogênea para permitir comparações significativas entre as características das lesões e as características sociodemográficas.

Com certeza, estudos futuros podem se concentrar em identificar e compreender melhor esse fenômeno dos vieses cognitivos em relação aos sinais e sintomas orais. Essa compreensão é crucial para o desenvolvimento de estratégias de *debiasing*, ou seja, para reduzir ou mitigar esses vieses. A tentativa de criar campanhas de conscientização que aumentem a percepção de risco e incentivem a tomada de decisão de busca de ajuda diante de sinais e sintomas orais podem desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde oral. Ajudar as pessoas a reconhecerem a importância de procurar cuidados médicos precocemente, pode levar a diagnósticos e tratamentos mais eficazes. Assim, ao abordar os vieses cognitivos específicos que podem influenciar o comportamento das pessoas em relação à saúde oral, as campanhas podem ser mais direcionadas e eficazes.

Além disso, conhecer os vieses cognitivos que operam como barreiras de acesso, pode contribuir na sensibilização das equipes de saúde quanto a importância do seu papel como facilitadores no acolhimento desses pacientes. Gestores podem se beneficiar destes resultados no momento de pensar melhorias no acesso e atendimento aos serviços de saúde. Portanto, os estudos futuros nesta área são importantes não apenas para uma compreensão mais profunda dos vieses cognitivos, mas também para o desenvolvimento de intervenções práticas que melhorem a saúde bucal e a tomada de decisão informada por parte dos pacientes. Este estudo representa um passo inicial na compreensão desses processos, porém, mais investigações são necessárias para uma compreensão mais completa e robusta das questões relacionadas aos vieses cognitivos em pacientes com lesões orais.

3.5 CONCLUSÃO

Os vieses cognitivos como o viés do *status quo*, o viés da confirmação, o efeito avestruz, o viés do otimismo e o viés do presente podem contribuir no aumento negativo do tempo do paciente diante de uma alteração oral. A aplicação dos conceitos da economia comportamental contribui para a compreensão da demora dos pacientes em buscar ajuda diante de lesões orais, e pode produzir *insights* sobre formatação dos serviços de saúde, campanhas de prevenção e conscientização da população, direcionadas ao diagnóstico inicial de doenças bucais.

3.6 AGRADECIMENTOS

Agradecemos a disponibilidade dos pacientes do Ambulatório de Estomatologia da UFPR, que sempre muito solícitos, concordam em contribuir para os projetos científicos desenvolvidos neste serviço.

3.7 DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram que não possuem interesses financeiros concorrentes conhecidos, tampouco relacionamentos pessoais que poderiam influenciar o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

- Alhajji, M., Alzeer, A. H., Al-Jafar, R., Alshehri, R., Alyahya, S., Alsuhaibani, S., Alkhudair, S., Aldhahiri, R., Alhomaïd, A., Alali, D., Alothman, A., Alkhulaifi, E., Alnashar, M., Alalmaee, A., Aljenaidel, I., & Alsaawi, F. (2023). A national nudge study of differently framed messages to increase COVID-19 vaccine uptake in Saudi Arabia: A randomized controlled trial. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 31(9), 101748. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2023.101748>
- Asimakopoulou, K., Hoorens, V., Speed, E., Coulson, N. S., Antoniszczak, D., Collyer, F., Deschrijver, E., Dubbin, L., Faulks, D., Forsyth, R., Goltsi, V., Harsløf, I., Larsen, K., Manaras, I., Olczak-Kowalczyk, D., Willis, K., Xenou, T., & Scambler, S. (2020). Comparative optimism about infection and recovery from COVID-19; Implications for adherence with lockdown advice. *Health Expectations*. <https://doi.org/10.1111/hex.13134>
- Azhar, N., & Doss, J. G. (2018). Health-seeking behaviour and delayed presentation of oral cancer patients in a developing country: A qualitative study based on the self-regulatory model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(10), 2935–2941. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.10.2935>
- BARDIN, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: (4. ed.). Edições 70.
- Baumann, E., Scherer, H., Link, E., Wiltfang, J., Wenz, H. J., Koller, M., & Hertrampf, K. (2019). Exploratory Research Focusing on Oral Cancer Prevention: Challenges of Dealing With Informational and Cognitive Barriers. *Qualitative Health Research*, 29(13), 1930–1941. <https://doi.org/10.1177/1049732318802263>
- Belizan, M., Alonso, J. P., Nejamis, A., Caporale, J., Copo, M. G., Sánchez, M., Rubinstein, A., & Irazola, V. (2020). Barriers to hypertension and diabetes management in primary health care in Argentina: Qualitative research based on a behavioral economics approach. *Translational Behavioral Medicine*, 10(3), 741–750. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz040>
- Borschmann, R., Lines, K., & Cottrell, D. (2012). Sun protective behaviour, optimism bias, and the transtheoretical model of behaviour change. *Australian Journal of*

- Psychology*, 64(4), 181–188. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00049.x>
- Bottemanne, H., Morlaàs, O., Fossati, P., & Schmidt, L. (2020). Does the Coronavirus Epidemic Take Advantage of Human Optimism Bias? *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02001>
- Brashers, D. E., Goldsmith, D. J., & Hsieh, E. (2002). Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. *Human Communication Research*, 28(2), 258–271. <https://doi.org/10.1111/J.1468-2958.2002.TB00807.X>
- Casigliani, V., Menicagli, D., Fornili, M., Lippi, V., Chinelli, A., Stacchini, L., Arzilli, G., Scardina, G., Baglietto, L., Lopalco, P., & Tavošchi, L. (2022). Vaccine hesitancy and cognitive biases: Evidence for tailored communication with parents. *Vaccine: X*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2022.100191>
- Ceschi, A., Costantini, A., Sartori, R., Weller, J., & Di Fabio, A. (2019). Dimensions of decision-making: An evidence-based classification of heuristics and biases. *Personality and Individual Differences*, 146(July 2018), 188–200. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.033>
- Chen, T. (2021). A systematic integrative review of cognitive biases in consumer health information seeking: emerging perspective of behavioral information research. *Journal of Documentation*, 77(3), 798–823. <https://doi.org/10.1108/JD-01-2020-0004>
- Chowdhury, R., Sharot, T., Wolfe, T., Düzel, E., & Dolan, R. J. (2014). Optimistic update bias increases in older age. *Psychological Medicine*, 44(9), 2003–2012. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002602>
- Conway, D. I., Petticrew, M., Marlborough, H., Berthiller, J., Hashibe, M., & Macpherson, L. M. D. (2008). Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *International Journal of Cancer*, 122(12), 2811–2819. <https://doi.org/10.1002/ijc.23430>
- da Cunha Lima, A. M., Meira, I. A., Soares, M. S. M., Bonan, P. R. F., Mélo, C. B., & Piagge, C. S. L. D. (2021). Delay in diagnosis of oral cancer: A systematic review. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 26(6), e815–e824.

<https://doi.org/10.4317/medoral.24808>

- Dibbets, P., Borger, L., & Nederkoorn, C. (2021). Filthy fruit! Confirmation bias and novel food. *Appetite*, *167*(October 2020), 105607.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105607>
- Dickinson, D. L., & Kakoschke, N. (2021). Seeking confirmation? Biased information search and deliberation in the food domain. *Food Quality and Preference*, *91*(September 2020), 104189. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2021.104189>
- Dillard, A. J., McCaul, K. D., & Klein, W. M. P. (2006). Unrealistic optimism in smokers: Implications for smoking myth endorsement and self-protective motivation. *Journal of Health Communication*, *11*(SUPPL. 1), 93–102.
<https://doi.org/10.1080/10810730600637343>
- DiMaria, C. N., Lee, B., Fischer, R., & Eiger, G. (2020). Cognitive Bias in the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, *12*(7), 1–3. <https://doi.org/10.7759/cureus.9019>
- Druică, E., Musso, F., & Ianole-Călin, R. (2020). Optimism bias during the covid-19 pandemic: Empirical evidence from romania and italy. *Games*, *11*(3), 1–15.
<https://doi.org/10.3390/g11030039>
- Epstein, J. B., Güneri, P., Boyacioglu, H., & Abt, E. (2012). The limitations of the clinical oral examination in detecting dysplastic oral lesions and oral squamous cell carcinoma. *Journal of the American Dental Association* (1939), *143*(12), 1332–1342. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23204089>
- Fattori, E., Teixeira, D. D. S., de Figueiredo, M. A. Z., Cherubini, K., & Salum, F. G. (2019). Stomatological disorders in older people: An epidemiological study in the Brazil southern. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, *24*(5), e577–e582.
<https://doi.org/10.4317/medoral.22966>
- Gail, M. H., Brinton, L. A., Byar, D. P., Corle, D. K., Green, S. B., Schairer, C., & Mulvihill, J. J. (1989). Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *Journal of the National Cancer Institute*, *81*(24), 1879–1886.
<https://doi.org/10.1093/JNCI/81.24.1879>

- Giese, H., Neth, H., Moussaïd, M., Betsch, C., & Gaissmaier, W. (2020). The echo in flu-vaccination echo chambers: Selective attention trumps social influence. *Vaccine*, *38*(8), 2070–2076. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.11.038>
- González-Moles, M. Á., Aguilar-Ruiz, M., & Ramos-García, P. (2022). Challenges in the Early Diagnosis of Oral Cancer, Evidence Gaps and Strategies for Improvement: A Scoping Review of Systematic Reviews. *Cancers*, *14*(19). <https://doi.org/10.3390/cancers14194967>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2021). The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, *0*(0), 1–31. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Hammar, H., & Johansson-Stenman, O. (2004). The value of risk-free cigarettes - Do smokers underestimate the risk? *Health Economics*, *13*(1), 59–71. <https://doi.org/10.1002/hec.794>
- Harris, I. M., Danner, C. C., & Satin, D. J. (2022). How Does Cognitive Bias Affect Conversations With Patients About Dietary Supplements? *AMA Journal of Ethics*, *24*(5), 368–375.
- Jiménez, Á. V., Mesoudi, A., & Tehrani, J. J. (2020). No evidence that omission and confirmation biases affect the perception and recall of vaccine-related information. *PLoS ONE*, *15*(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228898>
- Jones, K., Parker, E. J., Steffens, M. A., Logan, R. M., Brennan, D., & Jamieson, L. M. (2016). Development and psychometric validation of social cognitive theory scales in an oral health context. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *40*(2), 193–195. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12500>
- Kang, J. W., Lee, S., & Kim, T. H. (2020). Comments on “A severe case of Ramsay Hunt syndrome treated with acupuncture and related techniques” published in *Complement Ther Clin Pract*: Transparency, objectiveness and conservativeness. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *40*. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2020.101206>

- Karl, F. M., Holle, R., Schwettmann, L., Peters, A., & Laxy, M. (2019). Status quo bias and health behavior: Findings from a cross-sectional study. *European Journal of Public Health, 29*(5), 992–997. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz017>
- Kim, H. K., & Niederdeppe, J. (2013). The Role of Emotional Response during an H1N1 Influenza Pandemic on a College Campus. *Journal of Public Relations Research, 25*(1), 30–50. <https://doi.org/10.1080/1062726X.2013.739100>
- Kovacs, A., Dobrossy, L., Budai, A., Cornides, A., & Boncz, I. (2007). [The state of the organized screening in Hungary in 2006]. *Orvosi hetilap, 148*(10), 435–440. <https://doi.org/10.1556/OH.2007.28019>
- Kriegbaum, M., & Lau, S. R. (2018). Medication non-adherence and uncertainty: Information-seeking and processing in the Danish LIFESTAT survey. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 14*(8), 736–741. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.09.002>
- Kumari, P., Debta, P., & Dixit, A. (2022). Oral Potentially Malignant Disorders: Etiology, Pathogenesis, and Transformation Into Oral Cancer. *Frontiers in Pharmacology, 13*(April), 1–24. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.825266>
- Kummer, S., Walter, F. M., Chilcot, J., Emery, J., Sutton, S., & Scott, S. E. (2019). Do cognitive heuristics underpin symptom appraisal for symptoms of cancer?: A secondary qualitative analysis across seven cancers. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5049>
- Leal, E. M., de Souza, A. N., de Serpa Júnior, O. D., de Oliveira, I. C., Dahl, C. M., Figueiredo, A. C., Salem, S., & Groleau, D. (2016). McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: Tradução e adaptação transcultural para o português. *Ciencia e Saude Coletiva, 21*(8), 2393–2402. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.08612015>
- Lu, H. Y., Andrews, J. E., & Hou, H. Y. (2009). Optimistic bias, information seeking and intention to undergo prostate cancer screening: A Taiwan study on male adults. *Journal of Men's Health, 6*(3), 183–190.
- Ludolph, R., & Schulz, P. J. (2018). Debiasing Health-Related Judgments and

- Decision Making: A Systematic Review. *Medical Decision Making*, 38(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1177/0272989X17716672>
- Malthouse, E. (2023). Confirmation bias and vaccine-related beliefs in the time of COVID-19. *Journal of Public Health*, 45(2), 523–528.
<https://doi.org/10.1093/PUBMED/FDAC128>
- Masiero, M., Lucchiari, C., & Pravettoni, G. (2015). Personal fable: Optimistic bias in cigarette smokers. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 4(1), 1–7. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.20939>
- Masiero, M., Renzi, C., & Pravettoni, G. (2017). The Smoking Mind: A Psycho-Cognitive Perspective. *Contributions to Tobacco Research*, 27(5), 33–41.
<https://doi.org/10.1515/cttr-2017-0004>
- Mayo-Wilson, L. J., & Ssewamala, F. M. (2019). Financial and behavioral economic factors associated with HIV testing in AIDS-affected adolescents in Uganda: A cross-sectional analysis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(1), 339–357. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0025>
- Meppelink, C. S., Smit, E. G., Fransen, M. L., & Diviani, N. (2019). “I was Right about Vaccination”: Confirmation Bias and Health Literacy in Online Health Information Seeking. *Journal of Health Communication*, 24(2), 129–140.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1583701>
- Mogler, B. K., Shu, S. B., Fox, C. R., Goldstein, N. J., Victor, R. G., Escarce, J. J., & Shapiro, M. F. (2013). Using Insights From Behavioral Economics and Social Psychology to Help Patients Manage Chronic Diseases. *Journal of General Internal Medicine*, 28(5), 711–718. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2261-8>
- Monzani, D., Gorini, A., Mazzoni, D., & Pravettoni, G. (2021). Brief report - “Every little thing gonna be all right” (at least for me): Dispositional optimists display higher optimistic bias for infection during the Italian COVID-19 outbreak. *Personality and Individual Differences*, 168.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110388>
- Morewedge, C. K., & Giblin, C. E. (2015). Explanations of the endowment effect: an

integrative review. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(6), 339–348.

<https://doi.org/10.1016/J.TICS.2015.04.004>

O’Kane, P., Smith, A., & Lerman, M. P. (2021). Building Transparency and Trustworthiness in Inductive Research Through Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software. *Organizational Research Methods*, 24(1), 104–139. <https://doi.org/10.1177/1094428119865016>

Panidi, K. (2015). Ostrich Effect in Health Care Decisions: Theory and Empirical Evidence. In *SSRN*.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2932181

Park, T., Ju, I., Ohs, J. E., & Hinsley, A. (2020). Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1). <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.06.004>

Patton, S. R., Cushing, C. C., & Lansing, A. H. (2022). Applying Behavioral Economics Theories to Interventions for Persons with Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 22(5), 219–226. <https://doi.org/10.1007/s11892-022-01460-5>

Paulus, T. M., Pope, E. M., Woolf, N., & Silver, C. (2019). It will be very helpful once I understand ATLAS.ti”: Teaching ATLAS.ti using the Five-Level QDA method. *International Journal of Social Research Methodology*, 22(1), 1–18.

<https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1510662>

Pivovar, A., Semprebon, E., Furquim, C. P., Schussel, J. L., Amenábar, J. M., & Torres-Pereira, C. C. (2022). Innovative reflection on oral cancer research priorities: the contribution of social network analysis. *Brazilian Oral Research*, 36, e023. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2022.VOL36.0023>

Pivovar, A., Semprebon, E., Perdoncini, N. N., Corelhano, A. R., & Torres-Pereira, C. C. (2022). The effects of the cognitive bias of unrealistic optimism in the adoption of preventive measures against COVID-19 in dentistry. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 20(1), 105–112.

<https://doi.org/10.47626/1679-4435-2022-834>

Rath, H., Shah, S., Sharma, G., & Mishra, E. (2018). Exploring determinants of care-

- seeking behaviour of oral cancer patients in India: A qualitative content analysis. *Cancer Epidemiology*, 53, 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.01.019>
- Riet, J. van 't, & Ruiter, R. A. C. (2013). Defensive reactions to health-promoting information: an overview and implications for future research. <Http://Dx.Doi.Org/10.1080/17437199.2011.606782>, 7(SUPPL1). <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.606782>
- Saleska, J., & Choi, K. (2021). A behavioral economics perspective on the COVID-19 vaccine amid public mistrust. *Translational Behavioral Medicine*, 11(3), 821–825. <https://doi.org/10.1093/TBM/IBAA147>
- Scott, S. E., McGurk, M., & Grunfeld, E. A. (2007). The process of symptom appraisal: Cognitive and emotional responses to detecting potentially malignant oral symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 621–630. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.020>
- Scott, S. E., Walter, F. M., Webster, A., Sutton, S., & Emery, J. (2013). The model of pathways to treatment: Conceptualization and integration with existing theory. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 45–65. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02077.x>
- Scott, S., McGurk, M., & Grunfeld, E. (2008). Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *European Journal of Oral Sciences*, 116(2), 141–147. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00520.x>
- Serván-Mori, E., Pineda-Antúnez, C., Bravo-Ruiz, M. L., Molina, M., Ramírez-Baca, M. I., García-Martínez, A., Quezada-Sánchez, A. D., & Orozco-Núñez, E. (2022). A behavioral economics analysis of the participation in early childhood development social programs promoted by civil societies in Mexico. *PLoS ONE*, 17(3 March), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265389>
- Shah, R., & Hagell, A. (2019). Public health for paediatricians: How can behavioural economics help to make paediatric practice more effective? *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 104(3), 146–149. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315229>

- Sharot, T. (2011). The optimism bias. In *Current Biology* (Vol. 21, Issue 23, pp. R941–R945). Cell Press. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2011.10.030>
- Shefrin, H. (2020). The Psychology Underlying Biased Forecasts of COVID-19 Cases and Deaths in the United States. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590594>
- Soofi, M., Akbari Sari, A., & Najafi, F. (2020). The effect of individual time preferences on smoking behavior: Insights from behavioral economics. *Iranian Journal of Public Health*, 49(9), 1787–1795. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i9.4100>
- Soofi, M., Najafi, F., & Karami-Matin, B. (2020). Using Insights from Behavioral Economics to Mitigate the Spread of COVID-19. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(3), 345–350. <https://doi.org/10.1007/s40258-020-00595-4>
- Soratto, J., Pires, D. E. P. de, & Friese, S. (2020). Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20190250. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
- Suri, G., Sheppes, G., Schwartz, C., & Gross, J. J. (2013). Patient Inertia and the Status Quo Bias. *Psychological Science*, 24(9), 1763–1769. <https://doi.org/10.1177/0956797613479976>
- Tang, J., Yang, Z., Kee, F., & Congdon, N. (2023). Time and risk preferences and the perceived effectiveness of incentives to comply with diabetic retinopathy screening among older adults with type 2 diabetes. *Frontiers in Psychology*, 14(April), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101909>
- Trusty, W. T., Swift, J. K., & Rasmussen, E. B. (2021). A Behavioral Economic Model of Help-Seeking for Depression. *Perspectives on Behavior Science*, 44(4), 541–560. <https://doi.org/10.1007/s40614-021-00308-9>
- Warnakulasuriya, S., & Kerr, A. R. (2021). Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Journal of Dental Research*, 100(12), 1313–1320. <https://doi.org/10.1177/00220345211014795>

Warpechowski, A. C. M. (2018). RACIONALIDADE LIMITADA: ORIGEM E EVOLUÇÃO. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, 4, 129–161.

Weinstein, N. D. (2005). Smokers ' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, 14, 55–59. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.008375>

Woodbury, M. J., Cohen, J. M., Merola, J. F., & Perez-Chada, L. M. (2022). Leveraging behavioral economics to promote treatment adherence: A primer for the practicing dermatologist. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 87(5), 1075–1080. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.05.049>

Woolf, N. H., & Silver, C. (2018). *QUALITATIVE ANALYSIS USING ATLAS . ti*. Taylor & Francis.

Zahid, E., Bhatti, O., Zahid, M. A., & Stubbs, M. (2022). Overview of common oral lesions. *Malaysian Family Physician*, 17(3), 9–21. <https://doi.org/10.51866/rv.37>

Zhang, M. W. B., & Smith, H. E. (2020). Challenges when evaluating cognitive bias modification interventions for substance use disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–7. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217821>

APÊNDICE 1 - TABELA COMPLETA DE COCORRÊNCIAS.

	● EFEITO AVESTRUZ Gr=10		● STATUS QUO BIAS Gr=65		● VIÉS DA CONFIRMAÇÃO Gr=35		● VIÉS DO OTIMISMO Gr=5		● VIÉS DO PRESENTE Gr=5	
	Cc	c	Cc	c	Cc	c	Cc	c	Cc	c
● COR DA PELE: BRANCA Gr=141	10	0.07	54	0.36	27	0.18	3	0.02	5	0.04
● COR DA PELE: NÃO BRANCA Gr=27	0	0.00	9	0.11	7	0.13	2	0.07	0	0.00
● COR: ALTERADA Gr=73	2	0.02	22	0.19	13	0.14	2	0.03	4	0.05
● COR: NORMOCRÔMICA Gr=93	8	0.08	42	0.36	19	0.17	3	0.03	0	0.00
● CRENÇA RELIGIOSA Gr=58	0	0.00	1	0.01	0	0.00	3	0.05	0	0.00
● ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL Gr=106	9	0.08	35	0.26	24	0.21	2	0.02	5	0.05
● ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO Gr=55	0	0.00	22	0.22	7	0.08	3	0.05	0	0.00
● ESCOLARIDADE: ENSINO SUPERIOR Gr=24	1	0.03	8	0.10	3	0.05	0	0.00	0	0.00
● EXPERIÊNCIA PRÉVIA Gr=83	0	0.00	3	0.02	6	0.05	1	0.01	0	0.00
● IDADE: ACIMA DE 45 ANOS Gr=167	9	0.05	59	0.34	34	0.20	5	0.03	5	0.03
● IDADE: ATÉ 45 ANOS Gr=21	1	0.03	6	0.07	1	0.02	0	0.00	0	0.00
● LESÃO FUNDAMENTAL: ALTERAÇÃO DE COR/PLACA Gr=146	0	0.00	9	0.04	5	0.03	0	0.00	2	0.01
● LESÃO FUNDAMENTAL: AUMENTO DE VOLUME Gr=533	8	0.01	45	0.08	21	0.04	3	0.01	0	0.00
● LESÃO FUNDAMENTAL: FERIDA Gr=216	2	0.01	8	0.03	10	0.04	2	0.01	3	0.01
● LESÃO FUNDAMENTAL: SEM SINAIS CLÍNICOS Gr=6	0	0.00	3	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00

● LOCALIZAÇÃO: FACE/ROSTO Gr=45	0	0.0 0	10	0.1 0	2	0.03	0	0.00	0	0.0 0
● LOCALIZAÇÃO: GARGANTA Gr=32	1	0.0 2	1	0.0 1	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● LOCALIZAÇÃO: GENGIVA Gr=111	3	0.0 3	19	0.1 2	2	0.01	1	0.01	0	0.0 0
● LOCALIZAÇÃO: LÁBIOS Gr=214	2	0.0 1	12	0.0 4	13	0.06	0	0.00	3	0.0 1
● LOCALIZAÇÃO: LÍNGUA Gr=226	2	0.0 1	8	0.0 3	6	0.02	3	0.01	0	0.0 0
● LOCALIZAÇÃO: MUCOSA JUGAL Gr=60	2	0.0 3	5	0.0 4	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● LOCALIZAÇÃO: PALATO Gr=177	0	0.0 0	9	0.0 4	14	0.07	1	0.01	2	0.0 1
● MOTIVOS DE ATRASO: Algo simples/Resolução espontânea Gr=43	0	0.0 0	12	0.1 2	1	0.01	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Ausência de dor/incômodo Gr=21	0	0.0 0	12	0.1 6	6	0.12	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Condições financeiras Gr=7	0	0.0 0	5	0.0 7	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Dificuldade de acesso/deslocamento Gr=7	0	0.0 0	1	0.0 1	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Evita consultas médicas Gr=0	0	0.0 0	0	0.0 0	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Falta de tempo/prioridade/autocuidado Gr=24	0	0.0 0	18	0.2 5	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Pandemia COVID-19 Gr=7	0	0.0 0	5	0.0 7	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Tratamento caseiro Gr=33	0	0.0 0	5	0.0 5	13	0.24	0	0.00	0	0.0 0
● MOTIVOS DE ATRASO: Tratamentos prévios Gr=13	0	0.0 0	4	0.0 5	7	0.17	0	0.00	0	0.0 0

● MOTIVOS DE ATRASO: Uso de máscara/artifício Gr=8	0	0.0 0	7	0.1 1	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● RASTREAMENTO: AUTOEXAME Gr=204	8	0.0 4	54	0.2 5	25	0.12	4	0.02	5	0.0 2
● RASTREAMENTO: OPORTUNÍSTICO Gr=56	0	0.0 0	10	0.0 9	8	0.10	1	0.02	0	0.0 0
● SENTIMENTOS E EMOÇÕES: Ansiedade/Irritabilidade Gr=13	0	0.0 0	0	0.0 0	0	0.00	0	0.00	1	0.0 6
● SENTIMENTOS E EMOÇÕES: Depressão/Desânimo/isolame nto social Gr=48	0	0.0 0	2	0.0 2	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● SENTIMENTOS E EMOÇÕES: Preocupação/medo Gr=108	9	0.0 8	2	0.0 1	2	0.01	0	0.00	0	0.0 0
● SENTIMENTOS E EMOÇÕES: vergonha/constrangimento Gr=35	0	0.0 0	8	0.0 9	0	0.00	0	0.00	0	0.0 0
● SEXO: FEMININO Gr=115	7	0.0 6	29	0.1 9	28	0.23	2	0.02	2	0.0 2
● SEXO: MASCULINO Gr=73	3	0.0 4	36	0.3 5	7	0.07	3	0.04	3	0.0 4
● SINTOMAS: AUSENTE Gr=63	3	0.0 4	21	0.2 0	14	0.17	1	0.01	0	0.0 0
● SINTOMAS: PRESENTE Gr=344	6	0.0 2	40	0.1 1	19	0.05	3	0.01	5	0.0 1
● TABAGISMO: Fumante atual Gr=58	0	0.0 0	1	0.0 1	2	0.02	4	0.07	5	0.0 9
● TEMPO DE DURAÇÃO: < 6 MESES Gr=112	2	0.0 2	12	0.0 7	15	0.11	4	0.04	2	0.0 2
● TEMPO DE DURAÇÃO: > 12 MESES Gr=118	6	0.0 5	29	0.1 9	10	0.07	0	0.00	3	0.0 3
● TEMPO DE DURAÇÃO: DESCONHECIDO Gr=21	2	0.0 7	5	0.0 6	9	0.19	0	0.00	0	0.0 0
● TEMPO DE DURAÇÃO: ENTRE 6 A 12 MESES Gr=14	0	0.0 0	12	0.1 8	0	0.00	1	0.06	0	0.0 0

APÊNDICE 2 - FERRAMENTA DE COLETA DE DADOS – MCGIL MINI

Seção I - NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO

1. Fale sobre a primeira vez que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade (PS).
2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema (PS)?
3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu (PS)?
4. Estava acontecendo alguma coisa a mais? (Repita quando for necessário para obter experiências ou acontecimentos contíguos)

E1. Você buscou informações sobre este problema na internet/google/outros?

(Se a resposta for não) Por que você não quis buscar mais informações sobre o que estava acontecendo?

5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.

(Se a resposta for não) Por que você evitou procurar ajuda?

6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida o médico / hospitalização e sobre o que aconteceu depois.

6.1 Você fez exames ou tratamentos após seu (PS)?

Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO

7. No passado você já teve algum problema de saúde que você considera semelhante ao seu atual (PS)?

(Se sim) 8. Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual?

9. Alguma pessoa da sua família teve um problema de saúde semelhante ao seu?

(Se sim) 10. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? [Listar as semelhanças o as diferenças]

11. Você conhece alguém que não seja da sua família, que teve um problema semelhante ao seu?

(Se sim) 12. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? [Listar as semelhanças o as diferenças]

13. Alguma vez você ouviu no rádio, leu numa revista ou livro, ou viu na televisão ou na internet uma pessoa que tivesse o mesmo (PS) que você? [Se a resposta à questão 13 é Sim, então pergunte a questão 14]

14. Em que o problema de saúde dessa pessoa é semelhante ou diferente do seu? (Liste as semelhanças e as diferenças)

Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO

15. Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu (PS)?

16A. Na sua opinião, o que causou seu (PS)?

16.1 Você é fumante?

Você acha que o tabaco contribuiu para este PS?

16.2 Você consome álcool? Com qual frequência?

Você acha que o álcool contribuiu para este PS?

16.3 Qual sua profissão?

Você acha que sua profissão contribuiu para o seu problema?

16B. Tem alguma outra causa que você acha que contribuiu para isso? (Listar causas secundárias)

17. A seu ver, por que o seu (PS) se iniciou naquele momento?

18. Aconteceu alguma coisa dentro do seu corpo que poderia explicar o seu (PS)?

19. Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral, estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu (PS)?

20. Você pode me dizer como isso explica o seu (PS)?

21. Você pensou que poderia ter um (introduza como a pessoa descreve o sintoma/sinal na linguagem popular) por quê?

22. O que o (introduza como a pessoa descreve o sintoma/sinal na linguagem popular) significa para você?

23. O que geralmente acontece com pessoas que tem um (PS)?

24. Qual a melhor tratamento para pessoas que têm (nome popular)?

25. Como as outras pessoas reagem diante de uma pessoa que têm (nome popular)?

26. Quem você conhece que já teve este (nome popular)?

27. De que forma o seu (PS) é semelhante ou diferente do PS daquela pessoa?

28. Você considera que o seu (PS) está relacionado a coisas que aconteceram na sua vida?

29. Você pode nos contar um pouco mais sobre esses acontecimentos e de que modo estão ligados o seu (PS)?

Seção IV. SERVIÇOS & RESPOSTA AO TRATAMENTO.

E2. Qual foi o primeiro sintoma ou sinal que você sentiu em relação a este problema?

E3. Desde o primeiro sintoma/sinal até hoje, quanto tempo já passou?

E4. Por que você esperou este tempo para buscar a opinião de um profissional?

E5. Você teve medo ou preocupação de procurar saber mais sobre o que era esse (PS)?

E6. Você tem medo de fazer um exame e descobrir que há alguma coisa errada?

E7. O que fez você decidir vir buscar atendimento agora?

E8. Você acha que este PS pode virar um câncer de boca?

E9. Você acha que você possui menos risco do que outras pessoas de ter um câncer boca?

E10. Antes de procurar um profissional, você fez algum tratamento caseiro, ou buscou algum outro tipo de ajuda, terapia ou tratamento?

30. Durante a sua ida ao seu médico para o seu (PS), o que o seu médico/dentista falou que era o seu problema?

30.1 A outra pessoa que você procurou para o seu (PS). O que essa pessoa falou que era o seu problema?

31. O seu médico/dentista passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? (liste todas)

31.1 A outra pessoa que você procurou passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? (liste todas)

32. Como você está lidando com cada uma dessas recomendações?

33. Você está conseguindo seguir este tratamento (recomendação ou medicação)?

34. Você acha que este tratamento funcionou bem? Por quê?

35. Você acha que este tratamento foi difícil de seguir ou não funcionou bem? Por quê?

36. Que tratamentos você esperava receber para seu (PS) que você não recebeu?

37. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você procurou?

38. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você gostaria de receber?

Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA

39. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?

40. Como o seu (PS) mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesma?

41. Como o seu (PS) mudou o modo como você vê a vida em geral?

42. Como o seu (PS) mudou o modo das pessoas te olharem?

43. O que te ajudou a passar por este período da sua vida?

44. Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou você a atravessar este período difícil da sua vida?

46. Tem alguma coisa mais que você queira falar?

ANEXO 1 - NORMAS PARA A SUBMISSÃO NA REVISTA *PSYCHOLOGY & HEALTH*

Link: [Submit to Psychology & Health \(tandfonline.com\)](https://www.tandfonline.com/journals/gpsh20)

<https://www.tandfonline.com/journals/gpsh20>